

RÉORGANISATION DES SST

LES CAHIERS

S.M.T. N°23

Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL

JUIN 2009 20 €

ISSN 1624-6799

QUELLE ÉVOLUTION POUR LA MÉDECINE DU TRAVAIL ?

L ES CONSULTATIONS CLINIQUES

EN MÉDECINE DU TRAVAIL

C ONSTRUIRE LE MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

É VOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Éditorial

Dominique HUEZ

3

Les Consultations cliniques en médecine du travail

Clinique médicale du travail

*Nicolas SANDRET,
Dominique HUEZ*

5

Les consultations cliniques en médecine du travail

Une analyste programmeur déroutée

Francette THÉBAUD

9

Le plein le dos de M. Dupont

Bernadette BERNERON

11

Aides-soignantes en gériatrie et aides-ménagères

Annie DEVEAUX

14

Tu dois le prendre, c'est la règle. Il faut faire comme tout le monde

Alain GROSSETÊTE

18

Monsieur « Pas de chance »

Benoît DE LABRUSSE

23

Je m'étais toujours demandé à quoi servait un médecin du travail

Annie LOUBET

24

Bécassine, histoire d'un délire professionnel

Véronique ARNAUDO

26

Savoir-faire clinique et action en médecine du travail

*Dominique HUEZ
Odile RIQUET*

30

Construire le métier de médecin du travail

Contrées et horizons

Odile RIQUET

36

EVEREST, des indicateurs pour l'entreprise
qui dédouanent les médecins du travail de leur responsabilité propre

Dominique HUEZ

42

Attester des expositions en médecine du travail,
il est risqué de ne pas dire le risque !

Alain CARRÉ

44

Conservation et transfert des données

Alain RANDON

47

Évaluation des pratiques professionnelles

*Annie DEVEAUX, THÉRÈSE BURET,
Alain CARRÉ, JACQUES ROBINET*

49

Une expérience de quinze ans d'analyse
des pratiques professionnelles entre pairs

*Brigitte PERCEVAL, Bernadette
BERNERON, Véronique ARNAUDO*

51

Le modèle « entre pairs » de l'organisme e-pairs

Alain GROSSETÊTE

55

Faut-il aujourd'hui du courage pour exercer la médecine du travail ?

Expertise engagée ou « Parrésia »

Alain CARRÉ

57

Notes de lecture

Odile RIQUET

60

Évolution des Services de santé au travail

Expérience en service autonome de ce travail en binôme,
où chacun coopère dans sa propre spécificité

Martine MANGIONE

61

Recensement des équipes médicales

*Josiane CRÉMON,
Martine MANGIONE*

63

Médecins du travail et infirmier(e)s du travail,
une équipe à construire

*Annie DEVEAUX,
Josiane CRÉMON*

64

Atteintes à la santé et nouvelles organisations du travail,
quelles stratégies d'action ?

Éve SEMAT

67

Évolution des services de santé au travail,
à la lumière des rapports GOSSELIN et de l'IGAS

Jean-Marie EBER

69

Quelle médecine du travail pour demain ?

Dominique HUEZ

72

Bilan SMT 2008

Alain RANDON

75

Manifeste pour une nouvelle politique de gestion des SST

É D I T O R I A L

LES ENJEUX DE LA RÉFORME**DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL**

Chacun peut le constater dans son expérience personnelle et collective, les conditions de travail ne cessent de se dégrader. D'une part du fait des nuisances des environnements du travail dont les plus importantes sont les risques cancérigènes auxquels sont exposés plusieurs millions de salariés ; 20 000 décès par cancers attendus par an. D'autre part du fait d'organisations du travail de plus en plus délétères qui pressurent en intensité et densité de l'activité individuelle ; qui fragilisent en terme de précarisation de toutes sortes ; qui isolent par un management déployant des organisations maltraitantes qui nient la contribution de chacun par le biais de pseudo évaluations individuelles ignorantes de la réalité du travail et de l'engagement des salariés ; qui conduisent de plus en plus de salariés à devoir travailler d'une façon qu'ils réprouvent. De très nombreuses dépressions professionnelles y trouvent leur source. Peut-être plus de 25 % des suicides des adultes. Peur et honte occultent la dimension collective du travail, construisent la culpabilité et font écran à la compréhension des enjeux de la « centralité du travail » comme opérateur de santé et de citoyenneté.

Les Services de Santé au Travail (SST) où exercent principalement des médecins du travail sont à l'aube d'une réforme. Patronat et syndicats discutent aujourd'hui dans l'indifférence du plus grand nombre et surtout, sans qu'en soient perçus les enjeux sociaux et politiques.

La médecine du travail depuis 1946 a un objet précis qui fait sa spécificité : elle doit prévenir et préserver les atteintes à la santé des travailleurs. Le patronat veut clairement transformer les SST en force de gestion supplétive des risques professionnels dans le seul intérêt des employeurs, en subordonnant l'action des médecins du travail aux déterminants économiques alors qu'aujourd'hui encore plus qu'hier les médecins du travail doivent être veilleurs et témoins.

Veiller pour un médecin du travail, c'est pouvoir permettre une rencontre médicale en confiance de façon régulière pour chaque salarié, adossée à la seule clinique médicale du travail. Veiller, c'est aussi être témoin et rendre compte à la collectivité de travail très concrètement de ce qui fait obstacle ou favorise la construction de la santé au travail.

Et quand la situation est dégradée, les médecins du travail doivent pouvoir faire des alertes médicales collectives, particulièrement sur les effets psychosociaux des organisations du travail ; ou bien engager des prescriptions médicales contraignantes pour les organisations du travail pour préserver la santé d'une personne en difficulté.

C'est cette pratique médicalement responsable que les employeurs veulent subordonner, car elle met le doigt de plus en plus souvent sur les déterminants pathogènes des organisations du travail que les employeurs veulent garder dans l'ombre.

Alors oui, tirons-en les conséquences. Pas plus que les marchands de tabac ne peuvent légitimement en prévenir les risques, de la même façon les employeurs sont illégitimes pour diriger les services de santé au travail, que ce soit de façon majoritaire ou paritaire. Ces deux situations d'administration des SST ont fait la preuve de leur capacité à subordonner aux intérêts économiques les pratiques médicales. Évidemment les employeurs doivent continuer à en assurer les coûts. La santé au travail ne peut être un objet de négociation sociale car elle engage l'ordre public social dans ses responsabilités liées à

la préservation de la santé publique en santé au travail. Par contre les représentants des salariés doivent pouvoir intervenir et contrôler socialement le bon fonctionnement des SST car c'est la santé des salariés dont ils sont mandants qui est en cause, en des modalités dont le parlement doit débattre enfin.

Les médecins du travail doivent agir, comme tous les médecins de première ligne, pour préserver la santé au travail à travers une pratique de prévention secondaire de dépistage d'atteintes minimales à la santé des déterminants du travail, et à travers les retours préventifs de ceci en prévention primaire et des actions directes de préservation de la santé sur le terrain. Le dépistage de maladies professionnelles, prévention tertiaire (réparation par indemnisation) signe l'échec des étapes précédentes. Par contre ils ne peuvent sélectionner des travailleurs « profilés », ou laisser croire aux employeurs à travers des certificats d'aptitude, que leur responsabilité en terme de risque serait médicalement exemptée par la grâce d'un certificat vide de sens.

Le devoir médical de préservation ou d'alerte doit engager la responsabilité de l'employeur mais aussi celle du médecin du travail. Dans ce cadre, la possibilité de possibles pratiques de préservation ou d'inaptitudes médicales dans l'intérêt exclusif de la santé du seul salarié, doit être renforcée. Si les médecins du travail doivent voir leur indépendance renforcée, rendre compte même juridiquement de leurs devoirs est une nécessité éthique.

Dominique HUEZ, président de l'association Santé et Médecine du Travail (Ass. SMT)

LES CAHIERS S.M.T.

publication annuelle de l'Association Santé et Médecine du Travail
ISSN 1624-6799

Responsable de rédaction : Jean-Noël DUBOIS

Responsable de publication : Dominique HUEZ

Comité de rédaction : Alain CARRÉ, Josiane CRÉMON, Dominique HUEZ, Jocelyne MACHEFER, Alain RANDON, Nicolas SANDRET

Ont participé à ce numéro : Véronique ARNAUDO, Bernadette BERNERON, Thérèse BURET, Alain CARRÉ, Josiane CREMON, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Dominique HUEZ, Annie LOUBET-DEVEAUX, Brigitte PERCEVAL, Alain RANDON, Odile RIQUET, Jacques ROBINET, Nicolas SANDRET, Francette THEBAUD

Maquette : Jean-Noël DUBOIS

Imprimerie ROTOGRAPHIE — 93 100 Montreuil

CLINIQUE MÉDICALE DU TRAVAIL⁽¹⁾

Le décret de 2004, avec le renforcement du tiers temps, la notion des activités connexes et le passage du rythme des visites systématiques pour les salariés non SMR de un à deux ans, a profondément réduit le temps consacré aux visites médicales, réduction renforcée par le déficit de temps médical. Or, paradoxalement, cette raréfaction a fait apparaître une demande vis-à-vis de celles-ci pour des raisons qui ne semblent pas *a priori* identiques selon les acteurs.

Les employeurs, tout d'abord, qui demandent à tout prix une visite annuelle en contrepartie de leur cotisation, ne semblent pas être tout à fait convaincus par la pertinence du tiers-temps. Les salariés semblent aussi de plus en plus en demande de ces visites, qu'ils ont pourtant souvent stigmatisées et parfois à juste titre. Cela est en partie dû à l'augmentation des difficultés dans les entreprises qui amènent leur lot de souffrances psychiques et/ou somatiques, l'espace de la consultation devient un lieu d'aide incontournable, mais aussi car la perte de ce rendez-vous rituel, finalement, pour certains, crée un manque, le manque de ce temps où ils pouvaient parler ou entendre parler de leur santé, moment rassurant : rien à signaler du côté du corps, et le travail comment ça va ?

Certains médecins du travail découvrent la richesse de cette clinique en partie délogée de la chape de plomb que faisait peser sur elle la fiche d'aptitude qui semble avoir perdu une partie de son importance, mais aussi car la « visite » n'est plus le compteur prioritaire de l'activité des médecins du travail pour les services de santé au travail, celle-ci ayant été détrônée par le tiers temps et les fiches d'entreprise.

Cette richesse de la visite clinique se dévoile dans les cas d'urgence face à la souffrance, la demande d'un salarié, pour laquelle il va falloir déployer toutes ses ressources potentielles de clinicien de terrain pour apporter un soutien, un répit, une solution, mais aussi par la perte de la connaissance de l'entreprise, de l'ambiance de l'entreprise, du fait de l'éspacement des visites. Connaissance qui se crée non pas de façon scientifique, volontaire par l'analyse systématisée du contenu de tous les placards, de tous les produits, de tous les postes de travail, de tous les processus de production de l'entreprise, ce qui est indispensable pour pouvoir parler de santé au travail mais qui n'est peut-être pas suffisant. Donc, connaissance plus imperceptible, plus intuitive de l'entre-

.....

1 - Communication présentée au 30^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

prise qui passe par le flux de ces visites périodiques rythmées par ces paroles sans grande importance, ces mots non définitifs, ces remarques anodines qui permettent de s'imbrimer d'une certaine « odeur » de l'entreprise, comme une patine qui ne prend son reflet, sa magnificence, que grâce aux passages multiples dont elle est l'objet, comme ces matériaux que l'on connaît à force de les avoir touchés, façonnés après qu'ils aient résisté. Ce combat, ce côtoiement au quotidien finit par donner une sensibilité, une connaissance profonde, incorporée, de ces matériaux, toucher un bois, un fer, n'est plus une expérience vulgaire mais réveille en soi un puits sans fond de perceptions qui permet tant de travailler ce matériau, riche de l'expérience des milliers de matériaux déjà travaillés. Il en est de même pour notre travail.

Pouvoir répondre à la demande des salariés, pouvoir aider à la construction du rapport au travail, pouvoir, en cas de souffrance ou de difficultés dans ce rapport au travail, essayer de chercher les causes souvent du côté de l'organisation du travail, pouvoir en parler avec le responsable de l'entreprise, pouvoir agir sur la collectivité, ne passe-t-il pas par cette connaissance/confiance qui se construit pas à pas dans le temps ?

La perte de la connaissance de l'atmosphère, de l'« odeur », de l'entreprise ne risque-t-elle pas de nous entraîner hors de nos savoir-faire professionnels, comme pour le médecin généraliste, la technicité fait perdre la clinique mais qu'est-ce qu'un médecin sans la clinique !

Il est important de saisir les évolutions qui ont marqué cette clinique, évolutions dues au contexte mais aussi aux outils conceptuels qui nous permettent de les penser pour pouvoir clarifier le débat sur l'objet et l'importance de celle-ci dans notre profession.

Après la guerre de 39-45, lors de la création de la médecine du travail, l'état de santé de la population était déplorable, il fallait reconstruire, « se retrousser les manches » disait Maurice THOREZ, la santé c'était ne pas être malade et la clinique dans les cabinets de médecine du travail avait deux buts : percevoir la marque de la maladie sur les corps biologiques et déterminer la meilleure place que pouvait occuper tel ou tel salarié au regard de ses capacités physiques et éventuellement mentales.

Versant professionnel, il s'agit de dépister les affections professionnelles très invalidantes comme la silicose ou le satur-

nisme avéré, versant santé publique hors d'une acception incluant la santé professionnelle, il s'agit de dépister les tuberculoses (à cette époque, l'image de la médecine du travail était la radioscopie) ; on connaît d'ailleurs le rapport entre le développement de cette affection et les mauvaises conditions de travail ou de vie. La médecine du travail s'exerce quasi exclusivement à travers des visites d'aptitude au cabinet médical, et son objet est de limiter les atteintes à la santé importantes, dans un environnement de travail plus ou moins hostile et pour lequel les possibilités d'amélioration en terme de prévention ne se dégagent que très progressivement.

Donc c'était, cela a été largement décrit par ailleurs, une clinique de sélection de main-d'œuvre avec la radioscopie et l'aptitude.

Progressivement, cette clinique, un peu vétérinaire malgré tout, a montré ses limites, l'état de santé de la population s'étant très largement amélioré, le côté sélection de main-d'œuvre devenait gênant. Le concept d'adaptation du travail à l'homme qui bouleverse le principe de l'aptitude et le concept de prévention primaire sont apparus, il ne suffisait plus de repérer les malades pour les guérir mais de les prévenir en changeant les conditions de travail, en particulier en diminuant les expositions aux toxiques, au bruit, etc.

Enfin, le concept de santé changeait, ce n'était plus l'absence de maladie mais un bien-être physique, psychique et social, vers lequel il fallait tendre.

Fort de ces nouveaux paradigmes, un certain nombre d'entre nous ont jeté aux orties la clinique trop porteuse des tares de sa naissance pour se précipiter sur les lieux de travail, pour se former en toxicologie, en éclairagisme, en hygiénisme industrielle, persuadés que là gisaient les garants de notre efficacité pour éviter l'altération de la santé des salariés dont nous avons la charge. Analyser, mesurer, alerter, proposer capotage, écran, équipement de protection individuelle (EPI)... devenait la bible de ce tiers temps là.

La référence préventive sur les lieux de travail est alors pour le médecin du travail, l'ingénieur de sécurité hygiéniste. Les conditions de travail nuisibles pour la santé sont les facteurs de risque mesurables pour lesquels la normalisation semble un bon outil de prévention. Cette approche s'est développée en parallèle à celle employée pour les matériels techniques dans la prévention des accidents du travail. Les facteurs de risque physique se prêtent bien à un mode de prévention fondé sur la mesure : éclairage, bruit, vibrations, charges, rayonnements... pour lesquels seront progressivement édictées des références tendant à limiter les nuisances engendrées.

L'approche par facteurs de risque devient progressivement toute puissante, ceux-ci étant envisagés indépendamment les uns des autres. Si la normalisation et les moyens de l'entreprise le permettent, sera développée la prévention collective qui est ici plutôt du domaine de l'ingénieur de sécurité ; ce sont principalement les connaissances scientifiques issues de la physiologie du travail qui sont à la base de la normalisation. Le médecin du travail excellerait quant à lui du côté de

la prévention individuelle par le développement de l'éducation sanitaire, et particulièrement par celui du port de protections individuelles contre les nuisances.

La pratique médicale passe de la prévention tertiaire à la prévention secondaire à travers le dépistage plus ou moins précoce de processus morbides. Pour cette prévention secondaire, on commence à employer des moyens techniques nouveaux (audiométries, spirométries), qui font pendant à l'emploi d'appareils de mesure des facteurs de risque physique (sonométrie, métrologie des poussières, etc.).

Mais les choses résistent, le dépistage n'évitait pas la maladie, les salariés ne portaient pas les EPI, les protections collectives étaient shuntées, etc., il y avait manifestement d'autres choses en jeu dans cette histoire de prévention. De plus, il y avait une forte remise en cause du système d'organisation du travail taylorien.

Les ouvriers spécialisés, exclus de toute activité de conception et condamnés à un travail de plus en plus morcelé et parcellisé à l'excès, remettent brutalement en cause leur statut et la santé qui en découle ; en témoignent de nombreux mouvements sociaux sur ce thème à cette époque. Ainsi, on peut être en mauvaise santé et exclu de certains postes de production parce qu'on est trop vieux à trente ans du fait des exigences de la tâche.

Les apports de l'École d'ergonomie de langue française représentée par A. WISNER vont avoir un poids déterminant dans le renouvellement de l'appréhension des questions santé-travail. Est ainsi faite la distinction fondamentale entre travail prescrit par les concepteurs, et travail réel où les opérateurs engagent et construisent leurs savoir-faire. Les recherches ergonomiques démontrent alors que même dans les tâches les plus déqualifiées et taylorisées, il y a des activités de conception invisibles. C'est un autre regard sur le travail qui se construit montrant comment les facteurs de contraintes externes aux opérateurs et les facteurs de contraintes internes à ceux-ci sont étroitement intriqués, l'aboutissement de ces interrelations spécifiques étant l'activité de travail elle-même de chaque opérateur. La nécessité apparaît alors de prendre en compte « l'activité » de travail des opérateurs dans tout projet de transformation des conditions de travail pour ne pas accroître le poids des contraintes et appuyer les propositions de transformation sur une réalité tangible.

Cette « découverte » de l'écart irréductible entre le travail prescrit et le travail réel fait entrer la subjectivité de chaque salarié dans le processus du travail, ce qui complique tout certainement mais rend au travail sa part humaine. Il n'y a pas de travail sans l'apport de l'intelligence de chaque salarié, sans l'apport de sa sensibilité, de ses savoir-faire, s'il ne fait qu'appliquer strictement les consignes, tout s'arrête malgré le fantasme de TAYLOR et ses successeurs, l'homme au travail ne peut se réduire à un organe. Il serait illusoire de penser que nous laissons notre histoire personnelle accrochée sur un cintre dans les vestiaires de notre lieu de travail (M. PEZÉ). Cette réintroduction de l'homme dans le travail, l'homme en tant que porteur d'une histoire propre, va être

amplifiée, confirmée et rendue inéluctable par deux approches complémentaires : la psychodynamique du travail et l'épidémiologie.

La psychodynamique du travail avec Chr. DEJOURS donne des clefs sur l'engagement subjectif dans le travail, sur le corps dans le travail, sur les coopérations, la reconnaissance, etc. Le travail pris comme source de construction de l'identité et de la santé pour chacun d'entre nous, mais aussi source de solidarité, de démocratie avec la délibération, la création des règles de métiers, etc. Le travail devient donc passage entre l'intime et le social.

Ce passage est conforté par le modèle des grandes enquêtes épidémiologiques venues des pays anglo-saxons qui pointent l'importance de la question de l'autonomie comme facteur prédictif de santé. Le vécu subjectif de chaque salarié est reconnu comme porteur de connaissance sur le travail, les deux principaux questionnaires, vous l'avez déjà deviné, sont le KARASEK et le SIEGRIST.

Cette nouvelle approche permet de commencer à « rationaliser » une clinique médicale du travail fondée sur l'écoute de la souffrance et l'élucidation de procédures défensives collectives ou individuelles. Antérieurement, le médecin du travail souffrait quand il ne se protégeait pas de cette écoute. Hors d'un accompagnement compatissant, il ne savait pas comment utiliser ce qu'il entendait dans une perspective de prévention. Au-delà d'une éthique de la compassion, cette clinique médicale jette les bases d'une éthique du témoignage sur ce que le médecin du travail entend secrètement dans le cabinet médical.

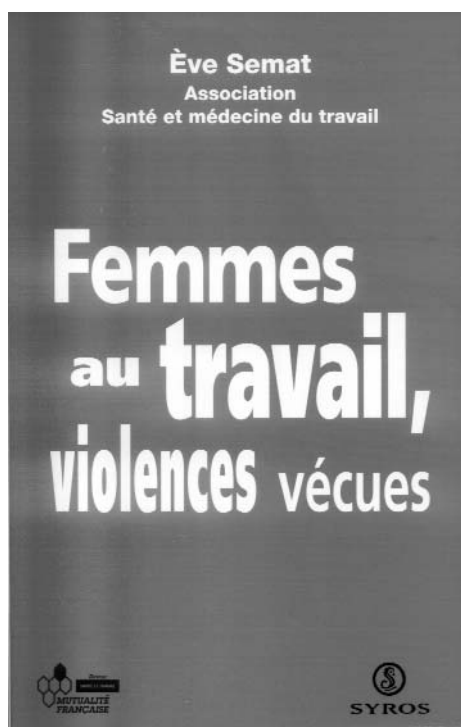
Les questions posées pour la santé en rapport avec les effets négatifs de l'organisation du travail prennent ainsi plus d'acuité dans le cadre d'un développement massif de la précarisation du travail qui touche les emplois comme l'organisation du travail et son contenu. Le travail dont on commence à comprendre en quoi il est un facteur essentiel de santé, qu'on cerne mieux comme ce qui n'est pas déjà donné par l'organisation prescrite du travail (Ph. DAVEZIES), est paradoxalement en train d'entraver trop souvent le développement de la santé. Du point de vue d'une démarche préventive interne à l'entreprise, l'apport de la psychodynamique du travail permet le développement d'une prévention compréhensive, explicative des limites et impasses d'une prévention prescriptive.

L'émergence de cette pensée, la force de cette pensée, la réintroduction de l'homme et de sa subjectivité dans la problématique de sa santé au travail, a fait re-rentrer beaucoup d'entre nous dans le cabinet médical pour y faire de la clinique, mais, bien évidemment, celle-ci n'est plus la clinique du corps biologique mais la clinique de cet homme subjectif, porteur d'une histoire singulière dans un corps habité par cette histoire consciente et inconsciente que l'on pourrait appeler « corps fantasmatique » ou, pour reprendre l'expression de Chr. DEJOURS, « le deuxième corps ». Celui-ci s'est construit à partir du corps biologique au travers de l'histoire consciente et inconsciente du sujet depuis l'enfance. C'est ce corps-là qui est engagé dans le travail, pour le meilleur quand celui-ci tient ses promesses de développement de l'intelligence, de la sensibilité, des savoir-faire du sujet et la construction de solidarité des collectifs de travail, pour le pire quand cette promesse n'est pas tenue avec pour corollaire la souffrance et la désolation. Aider chaque salarié à mieux comprendre ce qu'il engage dans le travail, aider la collectivité de travail à mieux comprendre ce qu'elle engage dans le travail. C'est ce qui permet d'agir, de mieux appréhender le risque psychosocial et ses liens avec l'organisation du travail, mais aussi les autres risques plus classiques, chimiques, physiques ou biologiques car une prévention ne peut pas être efficace sans l'intervention de chaque salarié comme sujet. Cette clinique là est bien de la prévention primaire et elle fonde notre légitimité à être médecin du travail, « à éviter l'altération de la santé des salariés de fait du travail ».

Nicolas SANDRET, Dominique HUEZ

Cet ouvrage collectif de l'ass. Santé et Médecine du Travail, paraît sous le pseudonyme de Eve SEMAT
Vente en librairie – Prix : 28,20 € –

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99



LES CONSULTATIONS CLINIQUES EN MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

PRÉAMBULE :

- *Les deux monographies présentées ont été élaborées à la suite de deux consultations « ordinaires », autrement dite de deux « visites » systématiques.*
- *Les échanges dans une consultation supposent que le médecin ait une connaissance au moins a minima de ce qui se passe dans le secteur professionnel ou l'entreprise, que les questions de transformations du travail soient posées.*
- *La consultation est un moment renouvelé tous les ans ou tous les deux ans pendant lequel les altérations de la santé sur la période écoulée, ce qui est éprouvé au temps présent par le salarié, l'examen physique quand il est pratiqué, le vécu subjectif du travail peuvent être relevés et viennent enrichir le corpus des signes laissés dans le dossier.*
- *Le fait de se situer dans le temps présent de la consultation, n'empêche pas l'inscription de cet acte dans les autres consultations de cette personne dans le temps, dans l'interrogation de ce qui a été noté dans le dossier médical, produisant des mouvements d'ajustement et de réajustement de la pensée du médecin et d'élaboration d'une réflexion. Dans la rédaction des monographies nous avons essayé de relater les interrogations et interprétations proposées au salarié qui sont partie intégrante de l'écoute compréhensive et les réflexions élaborées dans un deuxième temps par le médecin.*
- *Il nous paraissait intéressant dans ce travail de montrer le synchronisme (ce qui se passe et s'échange au temps présent de la consultation), la construction diachronique (ce qui s'est passé dans le passé et a laissé des traces) et la transversalité (ce qui se passe dans le groupe humain, dans l'unité fonctionnelle, dans l'équipe, dans l'entreprise) avec lesquelles nous nous débrouillons pour approcher le travailler de chacun ; ces dimensions contribuant à la construction d'une « clinique du travailler ».*
- *À partir du vécu subjectif du travail qui ne peut être approché qu'en consultation, il s'agit pour le salarié et le médecin d'approcher dans le travail ce qui peut être problématique, délétère pour la santé ou ce qui autorise le maintien ou la reconstruction d'un équilibre.*

.....
1 - Communication présentée au 30^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

UNE ANALYSTE PROGRAMMEUR DÉROUTÉE

Lest assez facile ce 7 septembre 2007, avec Françoise D... informaticienne, d'entrer dans la consultation par la question du travail puisqu'une réorganisation de l'informatique a pris effet depuis quelques mois. Cette réorganisation, les salariés de ce secteur pourraient en attendre de lourdes transformations puisqu'elle a pris plus de deux ans de gestation accompagnée des bons soins de consultants informatiques.

Françoise me dit que c'est comme avant, comme au printemps 2006 au moment de la dernière consultation. Analyste programmeur, elle s'occupe toujours du développement du site Internet. Elle travaille dans la même équipe de collègues et de prestataires extérieurs.

Ayant récupéré auprès du responsable de l'informatique le nouvel organigramme qui me parle peu, je lui demande de se situer sur ce dernier et de m'expliquer la mission de son secteur si toutefois elle la connaît. Elle n'appartient plus au domaine aujourd'hui disparu des Études Informatiques, c'est-à-dire le secteur de l'informatique qui faisait l'interface entre les utilisateurs exprimant des difficultés ou de nouveaux besoins et les constructeurs de solutions (les objectifs étant l'évolution de l'outillage informatique) mais à un nouveau secteur intitulé « équipes pluridisciplinaires » dans lequel on peut être amené théoriquement à participer à un travail dans un registre nouveau en fonction des besoins. Il s'agit pour l'entreprise d'introduire une polyvalence.

« Oui – me dit-elle – mais de fait c'est un peu comme avant. La maîtrise d'ouvrage (c'est-à-dire ceux dans l'entreprise qui demandent des évolutions) finit par s'adresser directement à nous car sur Internet nous sommes les seuls à savoir. L'équipe de cinq personnes (et autant de prestataires en 2007) est toujours là pour développer de nouveaux services, cependant ils n'assurent plus la maintenance comme avant. S'il y a un dysfonctionnement on ne doit pas les appeler, ils sont moins au courant qu'auparavant. Mais en fait – rajoute-t-elle – on se débrouille, il faut bien ».

Je lui demande de me donner un exemple de la façon de se débrouiller. Elle raconte qu'il aurait fallu être informé en amont d'un changement de logiciel afin de pouvoir transférer ou plutôt transformer un certain nombre de paramètres pour faire fonctionner les opérations informatiques sur le nouveau logiciel. Ils n'ont été informés qu'en dernière extrémité et un peu par hasard et elle raconte qu'ils ont pu réali-

ser ce travail, qu'ils en ont pris la totale initiative, elle rajoute parlant de la hiérarchie au sens large, c'est du moins ce que j'entends dans le « ils » :

« Ils n'ont aucune conscience professionnelle. » et « Cette équipe Internet fonctionne en autarcie, c'est une cellule abandonnée qui fonctionne par elle-même, on se sent isolé. »

Je me dis alors qu'un collectif a cependant initié une réaction pour maintenir un système, que les membres qui composent ce groupe humain ont une conscience professionnelle, qu'ils comprennent le coût pour les utilisateurs d'une dégradation d'un outil.

Je m'étonne : *« Pourquoi selon vous une telle négligence, c'est important Internet pour une entreprise. »* Elle m'explique : *« Le pilote du projet internet est sensé jouer momentanément le temps d'arrivée d'un responsable sur cette nouvelle structure, le rôle de manager, mais de fait, il ne le fait pas, n'est pas présent, nous n'avons aucun référent et personne à l'informatique comme véritable interlocuteur. »*

Je comprends que l'entreprise fonctionne comme avant, comme ce que j'en savais déjà, qu'il y a toujours une difficulté à prendre des décisions, à informer simplement, que probablement le changement d'organigramme n'y change pas grand chose, que les salariés ne savent pas vraiment qui décide et surtout à qui s'adresser, que leurs problèmes ne trouvent pas facilement la voie vers une résolution.

Elle rajoute d'ailleurs : *« On ne sait rien sur le reste du système d'information et des projets en cours, il faut aller à la pêche aux info, au sein même de l'équipe la parole circule mal, aucune réunion n'est organisée. »*

Je lui demande si avec cette autonomie certes difficile, ils ne pourraient pas décider eux-mêmes de se réunir. Ils ne le font pas. La confiance peut-être ou l'énergie que cela supposerait pour un résultat aléatoire semble ruinée par un quotidien assez lourd dans lequel il faut se débrouiller la plupart du temps seul. Je ressens le « à quoi bon » bien qu'il ne soit pas exprimé. Beaucoup d'entre eux travaillent sur ce projet depuis trois ans ; au fil du temps des besoins particuliers d'outils spécifiques se sont fait sentir, les outils de développement antérieurs n'étant plus performants. Ils sont réelle-

ment gênés depuis quelques années dans l'avancée des travaux, des réponses uniquement dilatoires ont été données. En 2004 au démarrage réel du pôle Internet au sein du secteur Études, elle m'affirmait qu'elle apprenait beaucoup, essentiellement avec les prestataires informatiques les accompagnant. Malgré la charge considérée à l'époque comme très importante, elle semblait – c'est ce qui ressort du dossier médical – éprouver un vrai plaisir. En 2005, ce plaisir semblait bien émoussé, le sommeil était perturbé, les migraines fréquentes et elle exprimait une lassitude devant la confrontation aux problèmes d'outils de développement. Il me faut signaler également que du fait des différentes réorganisations de locaux, l'équipe était alors dispersée et chaque personne dans cette équipe était isolée géographiquement des autres.

En 2006, la situation est meilleure, l'équipe projet a été regroupée dans des bâtiments préfabriqués. J'ai cependant noté dans le dossier qu'elle signalait beaucoup de contretemps dans le travail et toujours la même surdité des responsables hiérarchiques devant la demande d'outils de développement (elle en souffre particulièrement car elle programme toujours, étant analyste programmeur, ce que les analystes font très peu). Les troubles digestifs fonctionnels remplaçaient les migraines.

Elle disait son impression que ce qu'elle faisait ne concernait pas la hiérarchie, l'absence d'interlocuteur véritable perdurait, il était toujours quasiment impossible d'obtenir une position, *a fortiori* une prise de décision. Cependant elle a tenue, bien que ce 7 septembre rien n'ait changé du côté des manques et que la réorganisation ait un peu compliqué les choses.

Je me montre étonnée, compte tenu de son discours et de ce que je sais, quand elle m'affirme qu'elle vient assez aisément au travail le matin et même avec plaisir.

J'émetts intérieurement quelques hypothèses sur sa résignation qui ne me satisfont pas vraiment pour expliquer la bonne santé apparente : aucun symptôme important, pas de trouble du sommeil, plus de trouble digestif, moins de migraines. A-t-elle abandonné défensivement l'action ? probablement pas car elle résout dans l'urgence avec les autres les problèmes liés au changement de logiciel, ils rattrapent le coup, ils auraient pu se réfugier derrière l'absence de demande claire et d'information car la tâche à accomplir pour suppléer les carences organisationnelles est importante. Elle s'y confronte avec cependant une certaine aigreur, ce que reflète ses paroles concernant la hiérarchie : « *Ils n'ont aucune conscience professionnelle* ».

Cette expression j'en ferai pour moi-même après la consultation une double lecture ou interprétation :

➤ « Pas de conscience professionnelle » signifierait pas de conscience morale. Ils ne se sentent responsables de rien, même de ce pour quoi on les paie ; ils ne sentent pas engagés pour que ça marche bien ou pour faire coopérer l'équipe. Si l'on n'adopte pas l'explication facile du pur cynisme, il pourrait s'agir d'un mécanisme défensif d'une hiérarchie engluée dans les contradictions de la

nouvelle organisation et consistant en une délégation excessive des affaires du réel par peur des conséquences de sa prise en charge dans l'organisation telle qu'elle a été pensée.

➤ L'absence de conscience professionnelle pourrait aussi s'interpréter comme une « non conscience » des enjeux professionnels, de ce que requiert l'exercice d'un métier, de son importance dans la chaîne de travail, cette non conscience ne serait pas que défensive, pas nécessairement liée à la peur.

On pourrait ainsi avoir une double occultation du réel du fait de l'organisation s'alimentant l'une l'autre : l'une intentionnelle et inconsciente relevant de mécanismes défensifs, l'autre non consciente et non intentionnelle créée par la division technique et hiérarchique du travail.

L'énergie, la vitalité de Françoise ce 7 septembre 2007 fait supposer qu'un terrain de jeu existe construit peut-être sur une autonomie relationnelle avec les donneurs d'ordre, sur la perception qu'elle est seule à maîtriser certains aspects de son domaine d'activité. Ce qui a été vidé par la porte revient en quelque sorte par la fenêtre, ce que peut traduire le « on se débrouille ».

Depuis un an, ils forment à nouveau un groupe, le mot équipe serait peut-être trop fort (le « nous » n'est jamais employé) pour un service Internet aux différentes entités de l'entreprise. Elle signale quelques tensions mais ils ne sont plus éparpillés physiquement, la visibilité de ce que fait l'autre est entretenue.

En fin de consultation à ma question : « *Qu'est ce qui vous fait plaisir finalement dans tout ça ?* », elle répond qu'elle aime l'analyse et le développement.

Telle Pénélope, elle tricote un quotidien qui la tient, trouve des astuces qui occupent sa pensée, résout les problèmes du quotidien même avec des outils inadéquats (dont cette année elle ne me parlait pas), elle a renoncé à ce qu'elle ne peut avoir, elle reste critique sur l'organisation des choses du travail, attend peut-être avec philosophie les retours du réel et occupe son corps dans une activité sportive un peu frénétique. La reconnaissance, elle l'obtient quand on s'adresse directement à elle. Elle en fait régulièrement le constat. Être une petite cellule très spécialisée leur fait contourner plus aisément les murs de l'organisation et de fait, pour avoir un avis les commanditaires doivent passer par eux. Se dessine dans cette configuration et dans ce travail comme une disparition au moins partielle des fonctions intermédiaires de management qui a certainement ses limites compte tenu de certains arbitrages à faire et qui comporte aussi des risques.

Après cette consultation, j'ai confronté son vécu et les échanges que nous avons eu avec d'autres vécus, ceux de ses collègues, plutôt avec la trace laissée dans leur dossier médical. Je n'en ferai ici qu'une courte synthèse. Je me suis rendu compte du travail bien particulier de chacun contribuant à sa singularité dans l'équipe et peut être à son équilibre. La santé de Gérard A..., analyste programmeur comme Françoise, a été malmenée ces dernières années (troubles du

sommeil constants et périodes dépressives). Il exprimait en 2006 sa démotivation liée disait-il à la non reconnaissance d'un travail pour développer un service particulier au sein du pôle Internet. Ce travail qu'il a du effectuer de A à Z avec un nouveau langage, une nouvelle technologie jugée complexe et inusitée jusqu'alors au sein de l'informatique n'a donné lieu à aucune remarque de la hiérarchie. Pierre B..., analyste, opposera fin 2005 une fin de non recevoir à l'évocation concrète de son travail se contentant de lâcher que « l'organisation est catastrophique du fait de la multiplication et de la bagarre des chefs, d'une non transparence des rôles », il dit s'en sortir par le sport, comme un autre de ses collègues qui pointe les ordres et contre-ordres et dit sa difficulté à percevoir la finalité de son travail. Dans le dossier de leur collègue Béatrice C..., analyste j'avais noté trois réflexions en 2006 : « *On a, soit le nez dans le guidon, soit rien à faire, on ne voit jamais le chef, il délègue complètement* » et « *Le plus souvent il est urgent d'attendre* » (description d'une situation telle qu'elle est alors vécue et d'un comportement qu'on peut adopter pour se défendre).

Je n'ai relevé aucun signe patent d'altération de la santé chez ces analystes. La santé des analystes programmeurs semble davantage malmenée, ce sont eux qui souffrent le plus du manque d'outils performants, la concrétude de leurs actes de développement les confrontent plus que les autres à des soucis lancinants pour, en dernière instance, que ce qui se

fait soit efficace malgré l'absence d'outils, d'informations ou de prise de décisions des responsables.

Françoise D... a quitté mon bureau ce jour là sans que l'examen physique soit proposé, sans qu'elle me l'ait demandé non plus. Pas de symptôme physique ou psychique d'appel mais une consultation construite sur les échanges « d'un sujet travaillant » avec un médecin, échanges possibles qui disent sur la santé, sur ce qui la fragilise ou la conforte. Dans cette ouverture que peut être une consultation, elle a accepté de s'aventurer au risque mais aussi peut-être au bénéfice de voir se modifier son rapport au travail et aux autres membres de l'équipe.

Dans la confrontation de cette consultation avec celles des autres membres du groupe ou plus largement de l'entreprise se dessine les fondamentaux de l'organisation réelle du travail, on y voit l'écart entre le travail prescrit et l'activité réelle des salariés, le champ du possible et de l'impossible, les influences sur le facteur humain et donc la santé. Du croisement des subjectivités engagées dans le travail peut naître une objectivation de ce qui peut compromettre le lien aux autres et l'engagement des personnes pour réaliser leur travail.

Francette THEBAUD

LE PLEIN LE DOS DE MONSIEUR DUPONT

Il s'agit ici d'une monographie d'un salarié vu dans le cadre d'une visite systématique qui va interroger le médecin du travail sur une somatisation traduisant une souffrance au travail liée à un engagement professionnel non reconnu. Le médecin tente d'engager une exploration compréhensive avec le salarié de son histoire professionnelle.

L'histoire de M. Dupont, 37 ans, est celle d'un professionnel de l'usinage reconnu pour ses compétences dans l'entreprise de plus de 400 salariés, spécialisée dans l'usinage de pièces pour l'aéronautique et l'automobile et dans laquelle il travaille depuis plus de dix ans.

Un management rigide, une réduction des coûts par augmentation de la charge de travail et intensification du travail ainsi que des mutations arbitraires dans un contexte de réorganisation suite à la perte d'un marché provoquent depuis

plusieurs mois des tensions au travail et dans certains cas des décompensations au travail. Ces vécus de surcharge, d'injustice, de non-reconnaissance de la contribution, d'isolement se traduisent par des pathologies mentales et des pathologies de surcharge.

En entrant dans le cabinet médical, M. Dupont a le verbe agressif et m'informe que s'il n'avait pas été convoqué, il aurait demandé un rendez-vous car « *ça ne peut plus durer comme cela* ». Il fait *un travail de merde, il s'est cassé le dos au travail* et a été arrêté trois semaines pour lumbago aigu, il y a de cela trois mois. Je ne peux m'empêcher de faire le lien entre sa lombalgie récente et l'expression péjorative du vécu du travail.

Se pose alors pour moi la façon de travailler avec le salarié la question de ses symptômes en l'occurrence la lombalgie.

Je n'ai pas à l'interroger sur le poste qu'il occupe. Les stigmates du poste sont inscrits dans sa tenue de travail : les manches de la veste et le bas du pantalon sont tachés par le lubrifiant, les chaussures de sécurité sont imbibées de lubrifiant et de copeaux, des éclats de métal argenté s'accrochent dans les cheveux, les mains et les ongles sont noircis malgré un lavage récent. Je comprends que M. Dupont a été muté sur les gros centres d'usinage. Cela s'est passé brutalement, il y a cinq mois lors de la fermeture de son atelier. « *Pas le choix* » me dit-il.

Je sais qu'il est habituel d'affecter à ces postes des salariés qui ont « bouzillé » une pièce par mesure de rétorsion ou d'y engager des opérateurs non qualifiés.

Je sais que l'entreprise a perdu un contrat sur des pièces de haute technicité et qu'il a fallu reclasser les opérateurs concernés.

L'ambiance est morose. Depuis quelques mois, des collègues de son ancien service ont été licenciés pour faute ; les avertissements tombent pour n'importe quel motif et certains ont donné leur démission sans autre emploi en perspective.

Sa voix traduit une incompréhension, un vécu d'injustice devant cette mutation arbitraire. Il m'explique qu'il n'était auparavant jamais descendu dans l'atelier. Dans ce mot « *descendu* » et dans l'intonation de la voix, je perçois la dévalorisation et la dégradation ressentie ; cela fait écho aux qualificatifs déjà entendus et souvent prononcés par les collègues de ce secteur : on est des *pousse-copeaux*. M. Dupont sait que je connais bien cet atelier.

Il s'agit d'un secteur d'usinage de grandes pièces d'avion avec de très gros centres d'usinage dont la table mesure 30 m de long et le brut de fonderie pèse 4 tonnes. Il m'explique combien il trouve le travail pénible et sans intérêt. En effet lorsqu'on est en cycle d'ébauche ce qui peut durer plus de 10 heures, 80 % du temps est consacré à débayer plus de 80 % du poids du brut sous forme de copeaux à l'aide d'un balai pour les rassembler et les évacuer à l'aide d'une pelle dans une benne située en bas de la table de travail. Il s'agit d'un travail pénible qui explique les lombalgies, d'un travail salissant et vécu comme déqualifiant pour beaucoup. Le reste du temps est consacré au montage d'outils dans le magasin à outils sur la machine, au contrôle des cotes ce qui nécessite le maniement de la soufflette pour évacuer lubrifiant et copeaux, à la recherche du pont roulant qui dessert plusieurs centres d'usinage et surtout de la télécommande du pont qui n'est jamais au bon endroit. Il y a parfois deux pièces à usiner sur la même machine et l'opérateur passe son temps à monter et démonter les pièces, nettoyer la table en marchant dessus au milieu des copeaux et du lubrifiant ; il doit aussi monter et descendre de la machine en respectant le passage par les escaliers situés à chaque extrémité de la machine installés suite à plusieurs chutes en sautant de la machine.

M. Dupont a construit sa vie et sa santé dans une dynamique de grand investissement professionnel. Ce qui surgit ici est une incompréhension, un sentiment d'injustice, de non

reconnaissance de la contribution, d'isolement, conséquence de cette mutation arbitraire. Cette lombalgie créée aux oreilles du médecin du travail ne fait elle pas partie des maux qu'exprime le salarié à défaut d'avoir les mots pour dire le travail dévalorisé ?

Comment tenir en faisant un travail pénible et jugé peu qualifié quand pendant des années on s'est surinvesti dans le travail et on a consacré toute son énergie à faire un travail de qualité et de grande exigence ?

En effet, nanti d'un BEP ORSU, après quatre ans de petits boulots et d'intérim et sept mois de CDD, il obtient un CDI dans cette entreprise : il usine en 3x8 sur un seul centre d'usinage des culasses pour voitures de sport et c'est une période de travail intéressant, il apprend beaucoup et d'un travail d'ébauche de pièce haut de gamme, il passe à l'usinage final de ces pièces, signe d'une reconnaissance par l'entreprise des compétences professionnelles acquises. Il a plaisir à parler du travail bien fait, de la confiance que lui accorde son responsable.

Au bout de cinq ans, la charge de travail baissant dans son secteur, il est muté d'office dans un autre secteur automobile connu pour être très exigeant et à très forte tension, pour travailler sur des blocs moteurs de Formule 1. Il s'agit là encore d'une reconnaissance de ses compétences car il y a une sélection des opérateurs et pourtant il n'en tire rapidement aucune satisfaction. Il se plaint au bout de dix mois de difficultés à s'adapter et parle déjà de ne pas y rester toute sa vie.

Au fil des visites, dans ce deuxième poste, je note la dégradation des conditions de travail, conséquence d'une intensification du travail. M. Dupont peut être contraint de conduire deux ou trois machines en même temps en jonglant sur les réglages, le montage d'outils, les contrôles de pièces en cours d'usinage. Il fait aussi les *demos*, les pièces en essai. Il a plus de 90 h d'avance à son compteur, travaille les jours fériés et ne voit aucune marque de reconnaissance de sa hiérarchie. Comme beaucoup de ses collègues, il parle d'injustice : il n'a pas eu d'augmentation de salaire, les jours de récupération sont imposés malgré les efforts fournis pour faire face à une charge de travail très lourde, malgré l'intrusion du travail dans la vie familiale : « *On pouvait être appelé chez soi pour se justifier sur des pièces non finies, des erreurs ou des oublis ou sur une machine arrêtée la nuit.* »

Je repère combien est insupportable cette suspicion, cette pression pour faire toujours plus, pour être toujours plus disponible, pour rester compétitif. Et malgré tous ces efforts et au prix de la santé des salariés, l'entreprise a perdu le marché. Déjà il regrette l'absence de solidarité entre collègues, l'absence de collectif de résistance face à cette pression « *C'est chacun pour soi.* » Ce n'est pas ce qu'il a connu dans le premier poste.

Cette hyperactivité initialement plaisante qui l'anime, déterminée par cette intensification du travail est assortie à une hyperactivité du temps libre. En effet, il mène en parallèle la

construction de sa maison, chantier qu'il préfère conduire seul, car il est très méticuleux, *un peu perfectionniste* lui répète sa femme ; il aime mieux faire le travail lui-même que le faire faire par les autres ; il trouve que c'est le seul avantage des 3x8 car cela laisse du temps pour bricoler.

Pourquoi n'a t'il jamais eu mal au dos en construisant sa maison seul ? Cette maison ne représente t'elle pas le plaisir de la bel ouvrage qu'il ne retrouve plus dans son travail ? Ne serait ce pas une réponse à la question ?

M. Dupont est un homme habituellement calme au sourire discrètement ironique, sans problème.

Il a la fierté de son métier. Il a toujours su m'exprimer ses désaccords avec l'entreprise, les contraintes de son travail d'une voix posée. Là, le visage est agité, le corps tendu, les mains s'ouvrent et se ferment de façon saccadée, le discours est véhément. Il ne pourra pas tenir encore cinq mois dans ces conditions. De toute façon il va partir.

Depuis plusieurs années, il décrit des troubles du sommeil liés à ces 3x8 qu'il ne supporte plus. Depuis deux ans, il a pris trois kilos, a recommencé à fumer ; il ne fait plus de sport, n'en a plus envie et dit que cela devient grave car cela retentit sur sa vie familiale et ses amis ; il est agressif, ne parle plus avec sa femme et n'est plus motivé pour voir les copains. Il s'investit toujours dans sa maison et en continue les finitions. Il habite à plus de 20 km du travail, ce qui est peu habituel dans l'entreprise. Quand je l'interroge sur la fatigue liée au temps de trajet cumulée à la fatigue du travail en 3x8, il répond que ce temps permet de décompresser et de quitter complètement le travail.

L'examen est normal, la palpation du rachis ne retrouve pas de douleurs, seulement quelques contractures et les lombalgies évoquées à l'arrivée ne sont plus qu'une anecdote dans le récit.

Dans le déroulement de l'entretien, il n'apparaît plus la question du mal au dos. Il ne s'agit plus pour moi ni pour lui d'étudier les possibilités d'aménagement de poste ou de changement de poste. Il ne s'agit pas plus de donner au salarié une explication mécaniste exclusive sur le déclenchement des lombalgies par la manutention de charges et les postures pénibles. Il s'agit bien d'instruire ce qui fait diffi-

culté dans le travail et qui est à l'origine de souffrance professionnelle, avec la grille de lecture du travail.

Au regard de ce que dit le salarié et de ce que le médecin en entend et comprend, je fais avec lui, l'hypothèse qu'il existe un lien entre son mal au dos et le vécu intolérable du travail.

Un travail d'élaboration se fait sur ce qu'il a accepté dans son travail car il s'agissait encore de faire de la « bel ouvrage » et ce qu'il ne peut plus accepter : *un travail de galérien* comme disent ses collègues. Pour lui, ce travail n'a pas d'intérêt. Il estime valoir plus et tient même des propos méprisants sur le travail et sur les collègues qui sont là depuis plusieurs années, il se retrouve seul et il ne tient plus.

La question de sa place dans le collectif de travail n'a pas été travaillée mais quand il dit qu'il se retrouve seul, j'entends qu'il n'a pas les clés de compréhension du fonctionnement de son groupe de travail. Au fil des années le récit des collègues m'a permis de comprendre comment ils faisaient pour tenir. Des coopérations se sont construites entre opérateurs en usinage et manutentionnaires, des stratégies se sont mises en place pour réaliser le travail auxquelles il n'a pas accès (approvisionneurs qui font le montage des pièces pour aider l'opérateur en usinage alors que ce n'est pas la procédure afin de gagner du temps...).

Ces mutations successives à l'origine de la perte d'un collectif partageant les mêmes valeurs du travail, de la perte du métier et du sens le font glisser vers une perte d'engagement dans le travail.

Il souhaite donc tourner la page comme il dit et estime qu'à 34 ans, on a encore l'avenir devant soi. Il voudrait travailler à son compte et s'installer comme plombier. Il ne veut pas céder devant l'entreprise qui parle de démission aux insatisfaits.

Il s'enquiert donc de ses droits à la formation et à faire un bilan de compétence et va donc rencontrer la responsable de la formation. Sa décision étant prise, il y a pour lui notion d'urgence. En partant, il répète qu'il ne tiendra pas plus de deux mois.

Bernadette BERNERON

AIDES-SOIGNANTES EN GÉRIATRIE ET AIDES-MÉNAGÈRES

L'activité de travail est doublement socialisatrice. Elle permet à chaque individu sujet, dans sa confrontation au réel, de participer à la construction d'un monde commun, tout en se construisant lui-même. Ma pratique de médecin du travail sur un même territoire m'a confronté à la disparition de pans entiers de secteurs industriels et m'a amené donc à suivre des salariés, hommes et femmes, plus souvent des femmes, car un des secteurs concernés est la confection, dans une trajectoire professionnelle qui les a conduit d'un travail industriel répétitif sous cadence, vers des emplois souvent précaires, à temps partiel, de services à la personne (service à domicile, soins gériatriques). J'ai donc assisté en parallèle, à la montée en puissance des services à la personne, dans le cadre de l'augmentation de l'espérance de vie, du maintien à domicile des personnes âgées, puis de leur entrée dans ce qu'on appelle aujourd'hui un EHPAD (maison de retraite et long séjour). Les services à la personne, qu'il s'agisse de soins gériatriques, d'aide à domicile, sont considérés comme de nouveaux gisements d'emploi, tout en restant souvent des emplois précaires.

LES AIDES-MÉNAGÈRES

Les aides-ménagères sont salariées, assez souvent d'associations loi de 1901. Leur emploi est généralement à temps partiel et précaire ; elles interviennent quelques heures par semaine au domicile de personnes âgées en perte d'autonomie. Une hospitalisation, une entrée en maison de retraite et c'est du chômage partiel non indemnisé. L'intervention est au minimum de deux heures par semaine. Il s'agit d'effectuer les travaux ménagers courants ; ménage, courses plus rarement, repassage, cuisine. Parfois, quand elles sont titulaires du diplôme d'auxiliaires de vie, l'aide à la toilette peut entrer dans leurs missions.

Il faut beaucoup de savoir faire pour pénétrer dans l'intimité d'une personne âgée qui vit souvent cette arrivée comme une intrusion dans son intimité, et la confirmation de la perte d'autonomie. C'est la responsable de l'association qui rencontrera la personne âgée et la famille en premier et qui désignera donc une aide-ménagère de l'association en fonction de critères de disponibilité, de proximité. En cas d'incompatibilité d'humeur majeure, l'association peut changer d'aide-ménagère.

Il faut trouver la bonne distance, savoir entendre des plaintes sans toujours savoir qu'en faire : une telle se prétend spoliée par ses enfants (est-ce la réalité ou les premiers signes d'une démence), un autre ne se nourrit pas bien à l'évidence mais ce n'est pas le premier jour que l'on s'autorise à ouvrir le réfrigérateur, une autre ne veut pas que l'aide-ménagère entretienne la salle de bains prétendant le faire encore elle-même et pourtant des odeurs nauséabondes en émanent et ses enfants se plaignent à l'association que le travail de l'aide-ménagère n'est pas correctement fait. L'aide-ménagère retrouve les comprimés soit disant pris sur le sol ou sous l'assiette. Elle n'est pourtant pas autorisée à faire prendre des traitements. Et toujours, la nécessité, même s'il y a beaucoup de bibelots à dépoussiérer, de respecter scrupuleusement l'ordre établi, marque de respect pour la personne âgée mais aussi, repère pour soi, pour s'assurer du premier coup d'œil, quand on revient, que rien n'a disparu. En effet, intervenir seule, dans l'espace privé d'une personne âgée dépendante vous expose toujours au risque de l'accusation de vol.

La particularité de ce travail est de s'exercer dans l'espace domestique. Il s'agit en quelque sorte d'externaliser un savoir-faire acquis dans l'espace privé, dans l'histoire familiale, comme si savoir faire le ménage chez soi suffisait pour

le faire ailleurs : or chacun d'entre nous a un point de vue particulier sur ce qu'est le ménage fait. La caractéristique des travaux ménagers est leur invisibilité : invisibilité car effectués dans l'espace privé, invisibilité liée à leur efficacité très temporaire, du maintien de l'ordre en quelque sorte : seul le ménage pas fait se voit alors que le ménage fait ne se remarque pas et qu'en dehors de celui qui l'a fait, nul ne peut dire ce qu'il fallu mobiliser d'expérience et de savoir faire, pour passer d'une situation à l'autre.

Chaque aide-ménagère construit progressivement une professionnalité à partir de ses savoir faire initiaux et des demandes des personnes âgées chez qui elle intervient.

Certaines, les plus jeunes dans le métier, ou celles qui viennent de quitter un travail de production industrielle, vont s'investir au-delà de ce qui leur est demandé : faire des courses sur leur temps personnel, cuisiner chez elle et apporter le repas. Pourtant les personnes âgées ont souvent des exigences importantes non justifiées : que ce soit de tourner les matelas ou de tirer les meubles de la cuisine toutes les semaines par exemple.

D'autres vont investir le travail technique en limitant la relation à une relation marchande ; c'est ainsi qu'une très jeune effectuant les travaux ménagers avec son baladeur branché sera fortement critiquée par ses collègues et je ne la verrai qu'une fois.

D'autres trouvent un équilibre en investissant le travail de relation et s'adaptent à la demande de la personne âgée, accepteront un café mais reviendront avec un bouquet de fleurs de leur jardin. Cette situation fréquente autrefois disparaît tant les personnes âgées maintenues à domicile sont dans un état de dépendance avancée et les deux heures de ménage hebdomadaires ou bi-hebdomadaires sont bien remplies.

Majoritairement, quand elles le peuvent, elles essaient de maintenir des savoir faire chez la personne âgée : aide à la préparation du potage par exemple par l'épluchage des légumes.

On peut imaginer, que la posture professionnelle est un équilibre variable, savant de ces trois postures caractéristiques, en fonction de la relation qui s'établit avec chacune des personnes âgées

Les liens entre les différentes aide-ménagères se font lors de réunions de l'association. Même si elles peuvent quotidiennement faire part de leurs observations à la responsable de l'association chargée du lien avec les familles, c'est lors de ces réunions que s'échangent les savoir-faire, les difficultés rencontrées, avec les personnes âgées, mais aussi avec les familles et les voisins. Le maintien à domicile de personnes âgées déjà très dépendantes les amène à rencontrer les soignants qui interviennent pour des toilettes, à noter plus rarement leurs observations sur le cahier de liaison commun aux différentes équipes. Pourtant, alors qu'elles sont souvent celles qui passent le plus de temps auprès des personnes âgées, qu'elles font des observations importantes sur les fonctions cognitives des personnes âgées (apparition de troubles de

mémoire, de troubles du comportement, constat d'une incontinence qui s'aggrave, d'une perte d'appétit), elles hésitent souvent à faire part de leurs observations aux professionnels libéraux du soin tels que médecin ou infirmières par peur d'être jugée indiscreète, incompétente, ou par peur de ne pas être crue.

Par contre, le maintien à domicile de personnes âgées très dépendantes, amène les associations à privilégier l'intervention successive chez la même personne âgée de deux ou trois aides-ménagères successives, à la fois pour éviter la perte brutale de revenus en cas de décès ou d'hospitalisation, mais aussi pour que soit partagée cette charge de travail inhabituelle entre plusieurs collègues ; cette nouvelle organisation oblige donc les aides-ménagères à coopérer et à organiser leur travail en équipe successive sur le même lieu de travail. Elles communiquent alors par petits mots rangés à un endroit convenu entre elles. Elles construisent également de nouvelles coopérations avec les équipes d'aides-soignantes intervenant à domicile. Dans ce contexte de travail, elles acceptent souvent plus volontiers d'écrire sur un cahier de liaison collectif.

Il n'y a guère de femmes d'origine étrangère, simplement en raison de la défiance des familles. Peu d'aides-ménagères choisissent d'emblée ce métier. C'est un métier de la maturité. Il s'agit souvent d'épouses d'artisans ou de travailleurs indépendants qui reprennent une activité à temps partiel variable compatible avec les horaires scolaires, un rythme de vie traditionnel et le soutien à l'activité du conjoint. Il s'agit parfois d'une reconversion professionnelle quand le corps ne tient plus dans l'ancien métier ; c'est le cas d'agricultrices. C'est parfois le choix de poursuivre dans leur vie professionnelle des engagements d'une vie associative tournée vers le bien-être de l'autre et elles ont quitté alors un emploi administratif stable mais monotone. Elles trouvent un équilibre dans ce travail invisible qui leur permet d'avoir une activité professionnelle en dehors du cadre privé. Pour d'autres, c'est la perte d'emploi en usine, qui leur permet d'accéder, sans l'avoir vraiment voulu, à une activité autonome ayant une utilité sociale et compatible avec une vie familiale : *« une autre fatigue physique, mais on n'est pas énérvé en rentrant chez soi »* disent-elles. Travail discret, invisible, certes mais ne pouvant être tenu que par des femmes très indépendantes et autonomes. La précarité vécue est donc relative. Elles ont une conscience aiguë mais discrète de leur professionnalité.

Dans l'ensemble, ces femmes vont bien en dehors d'atteintes de l'appareil locomoteur (rachialgies, troubles musculo-squelettiques) assez longtemps bien tolérées, qui les amènent à réduire leur temps de travail à un niveau compatible avec leur état de santé. Elles s'adaptent silencieusement à l'évolution rapide de leur métier. Une évolution néanmoins ; depuis quelques années, elles n'hésitent plus à faire reconnaître ces troubles-musculo-squelettiques comme maladie professionnelle, alors que pendant longtemps, ces pathologies étaient en quelque sorte considérées comme inéluctables et liées à la condition féminine en général.

AIDES-SOIGNANTES ET ASH (AGENT DE SERVICE HOSPITALIER) EN GÉRIATRIE

Là encore, métier exercé quasi exclusivement par des femmes, avec par contre trois modes d'accès à ces métiers :

- La voie scolaire du sanitaire et social.
- L'accès en cours d'emploi pour des femmes retrouvant un emploi après un licenciement économique. Après des périodes prolongées de remplacement, souvent plusieurs années, elles sont titularisées comme ASH. Elles suivent une remise à niveau, et beaucoup d'entre elles vont passer le concours d'entrée à l'école d'aide soignante. Elles sont alors très fières de ce diplôme obtenu.
- L'entrée dans la vie active salariée de femmes d'origine étrangère, ayant élevé leurs enfants, dont le conjoint plus âgé souvent est retraité ou demandeur d'emploi

À noter dans ces services d'EHPAD, un grand nombre d'emplois dit de retour à l'emploi, de réinsertion (TUC, CES, CEC, CAE etc.), ayant la particularité d'être destinés à des publics en réinsertion. La vérité oblige à dire que sans ces emplois, le travail d'entretien des locaux, la vaisselle, le service hôtelier ne se feraient pas. Ces emplois aidés sont des temps partiels obligatoires.

Bien loin du travail isolé des aides-ménagères, il s'agit-là d'un travail en équipe, qui va intégrer progressivement face aux besoins, toutes ces salariées quelque soit leur statut initial. Et bientôt toutes font des toilettes, aident à l'habillage, aux repas, au coucher. Dans certains services, appelés long séjour, tous les résidents doivent être lavés, habillés, levés mais sont également incontinents et au moins un tiers d'entre eux doivent être alimentés par un tiers. « *C'est comme des morts-vivants* » dira l'une d'entre elles.

L'humanisation de ces services, qui, pour moi a constitué la première déshumanisation, s'est essentiellement traduite par une multiplication par trois des surfaces à entretenir, sans augmentation des moyens humains et ce qui était un métier d'aide à la personne devient un travail quasi « industriel » répétitif sous contrainte temporelle : les toilettes à la chaîne. Pas plus de quinze minutes pour faire la toilette (au lit, au lavabo) jusqu'à vingt minutes en cas de douche, habiller, installer au fauteuil, mais le plus souvent encore moins de temps. Il y a le discours, les formations et puis une réalité quotidienne nécessitant un engagement important et un travail du corps intensif qui aboutit à une usure prématurée du rachis et des membres supérieurs. Les tentatives de passage à temps partiel pour tenir sont rapidement mises en échec, car les temps partiels sont rappelés pour compenser les absences, et travailler à temps partiel se traduit souvent par un travail à temps plein avec un planning plus flou.

Les 35 heures, l'accréditation, l'informatisation ont constitué pour moi la seconde déshumanisation. Les temps de relève sont des temps fondamentaux de débat entre les équipes. Ce sont des temps où on raconte. Ces temps de relève sont un théâtre, et pourtant, puisque tout est informatisé, on pourrait, pour l'encadrement réduire ce temps ! Grave

erreur, les récits sur ce qui s'est passé permettent de mémoriser ce dont on a besoin pour travailler, et si la sonnette signale un appel venant de la chambre d'un résident, l'équipe se rappelle immédiatement la relève précédente. Ces temps de relève constituent également des lieux de débat éthique : ainsi, à la prise du poste de nuit, l'équipe d'après-midi transmet cette demande de l'équipe de nuit : « *Pour M. Y..., les filles du matin demandent que vous mettiez une protection et une grenouillère, car le matin, elles ne peuvent pas rentrer dans la chambre, il y a de l'urine partout, et comme le ménage de la chambre n'est pas fait tous les jours* (faute de personnel) ». Cette proposition fera l'objet d'une discussion éthique entre les deux aides-soignantes de nuit qui décideront de couvrir le sol de draps pour que l'urine soit absorbée, tout en ayant discuté comment faire pour éviter le risque de chute par entravement du résident. Il faut prendre en compte la demande de leurs collègues mais aussi préserver le plus longtemps possible la continence d'un résident.

Certaines choisissent à présent de quitter ce métier, parce que « *ce n'est plus possible, on n'a plus le temps de prendre soin : on travaille en ayant toujours peur de ne pas avoir le temps qu'il faut pour tout le monde* ». Après vingt ans de pratique cette aide-soignante fait une formation d'animatrice, mais avoue avoir du mal « *à se sortir du médical* », c'est-à-dire à perdre son regard de soignante. « *En long séjour, c'est l'usine, dès qu'il y a un problème on est en retard.* », « *On dit : on revient et on n'a pas le temps de revenir. Ils sonnent pour avoir le bassin, on n'a pas le temps de répondre, c'est de la maltraitance.* » Pour d'autres, c'est le choix, quand il est offert, du travail en SSIAD (service de soins infirmiers à domicile). Ce choix favorise la prise en charge individuelle de chaque patient dans son cadre de vie, avec le soutien de l'équipe infirmière et ergothérapeute, et permet d'échapper à une activité vécue comme industrielle (« *C'est l'usine, c'est du travail à la chaîne* »). Il implique pourtant des horaires contraignants, le plus souvent à temps partiel avec une grande amplitude journalière.

Une autre plus jeune dans le métier, dit pouvoir, grâce à deux décès récents sur trente résidents, donner des douches. « *On est moins tendues, moins énervées. Dès qu'on a un peu de temps, on peut faire des soins de confort, masser longtemps les jambes, les résidents sont moins stressés, et nous aussi.* » Elle décrit sa fatigue ainsi : « *C'est une fatigue mentale et nerveuse liée à la répétitivité des gestes quotidiens mais aussi à la répétition toujours identique des demandes des résidents.* »

Une troisième est entrée dans mon bureau en disant « *On est toutes maltraitantes* ». Elle me dira avoir passé deux mois très difficiles où elle perdait le moral. « *Le service était trop lourd, on n'y arrivait plus, on en était à une douche toutes les six semaines. Grâce aux deux décès, on peut à nouveau donner une douche à chaque résident tous les quinze jours. Mais je ne sais pas comment on va faire, si les contrats aidés sont supprimés. Déjà, il n'y a eu personne pendant deux semaines, le ménage n'était pas fait. On est les seules à le voir puisque sur trente résidents, on ne voit que cinq familles. En fait, ils n'ont que nous.* »

Une autre : « *Au quatrième jour consécutif de travail je suis fatiguée, on s'arrange entre collègues, les patients trop difficiles ou violents, ce sont celles qui rentrent de congés qui les font, je ne peux plus, je serais maltraitante* » ... « *Pour le repas du soir, on est deux : une en salle à manger et l'autre qui sert et fait manger ceux qui restent dans les chambres. J'ai compté, j'ai quatre minutes pour faire manger chaque résident, c'est vraiment du gavage. Les chariots chauffants arrivent de la cuisine vers 17 h 45 – 18 h, ma collègue fait la salle à manger, je prépare mes sept plateaux, je les emmène un par un dans chaque chambre et je commence à les faire manger vers 18 h. À 18 h 30, on ramasse les plateaux, on ramène les patients dans leurs chambres, on fait la vaisselle, le réfectoire puis à 19 h on va commencer à les coucher (dévêtir, changer les protections, coucher, enlever et rincer les appareils dentaires, préparer les vêtements pour le lendemain).* »

Une autre : « *Ceux qui sont couchés toute la journée, on va les voir pour la toilette, les changes, les repas, mais on n'a jamais le temps d'aller s'asseoir un moment à côté d'eux avant, on avait parfois le temps d'aller faire un jeu avec eux, ou de leur lire leur courrier, maintenant, c'est – on vous laisse mourir seul, il y a du ménage à faire* ».

Effectivement personne n'ira manifester pour ces résidents et face à la dégradation des conditions de travail avec des atteintes à la santé physique reconnues comme liées au travail (accidents de travail graves avec atteinte fréquente des épaules), des services entiers menaceront de débrayer, se syndiqueront et iront faire signer des pétitions sur les marchés.

Dans ces services, les équipes sont très soudées et solidaires et intègrent et forment rapidement toutes ces nouvelles collègues qui pourtant partiront à la fin du contrat pour être

remplacées par d'autres. Beaucoup de ces salariés sous contrat précaire souhaiteront revenir ou tenter le concours d'entrée à l'école d'aide-soignante. Peu ou pas d'homme dans ces services : seul un jeune infirmier, dont la mère est aide-soignante dans le même service, me dira regretter ses remplacements aide-soignant, le travail technique infirmier empêchant de prendre soin, selon lui.

Ainsi ces femmes, aides-ménagères ou aides-soignantes, ont, au fil du temps construit une professionnalité, mais ces métiers mal rémunérés restent considérés comme peu qualifiés. Ce travail a longtemps été assuré, bénévolement il est vrai, dans les familles, par les femmes.

Bien au-delà d'une fonction socialisatrice indiscutable : un métier rémunéré pour toutes, un accès et une intégration dans le monde du travail pour des femmes d'origine étrangère ; ces femmes, par leur manière d'investir et d'habiter leur métier, nous rappellent quotidiennement que nous ne prenons pas correctement soin des plus âgés et des plus vulnérables de notre société.

Dans ces métiers de service aux personnes, la prescription peut-être soit très floue (aide-ménagères), soit très contrainte (aide-soignante) ; l'évaluation du travail est très parcellaire, et sous estime considérablement « le réel de l'activité ». Pour Yves CLOT : « *L'occultation du réel, révélée par l'occultation du travail comme transformation de la réalité, est une tendance forte des organisations productives... L'activité entendue comme praxis est bien pratique sociale de construction et de transformation d'un monde commun. Elle est à la fois contrainte et ressource pour le sujet ou le lien social.* »

Annie DEVEAUX

Chère lectrice, cher lecteur

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 59).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

TU DOIS LE PRENDRE, C'EST LA RÈGLE

IL FAUT FAIRE COMME TOUT LE MONDE

Bernadette est une infirmière, la quarantaine, mariée, deux enfants de 17 et 10 ans. Son DE obtenu, elle a d'abord exercé un an à l'hôpital en chirurgie vasculaire puis seule, en libéral, pendant dix ans. Elle est embauchée en 1996 par la directrice, elle-même infirmière, d'une association de soins dispensés sur Avie et Charnas, deux communes mitoyennes, regroupant une quinzaine d'infirmières. Elle y travaille encore actuellement.

La structure fonctionne avec une quinzaine d'infirmières, habitant pour moitié sur Avie, et pour moitié sur Charnas, la répartition des soins entre les infirmières tenant compte de la proximité géographique. Il y a sept tournées « fixes » (patients attribués) et huit tournées « remplaçantes » (pour fonctionner en cas de congé, arrêt maladie, formation). Une réunion périodique permet de présenter à l'équipe les nouveaux patients de les attribuer à chaque infirmière et de débattre de cas difficiles le cas échéant.

Bernadette a trouvé dans la structure, au moins pendant une longue période, ce qu'elle recherchait professionnellement. Le travail est intéressant et comporte à la fois des soins de nursing (soins à la personne) et des soins infirmiers à des malades qui peuvent être dans des pathologies très lourdes : par exemple SEP, ou accidents invalidants (dont récemment, un jeune tétraplégique), chimiothérapie à domicile, soins palliatifs en fin de vie. Il n'y a pas toujours d'auxiliaire de vie pour aider aux toilettes, mais la plupart des grands malades disposent d'un lit médicalisé. L'association travaille sur deux communes mitoyennes. L'effectif infirmier étant domicilié pour moitié sur chacune de ces deux communes, chaque infirmière y assure les soins en fonction de sa proximité géographique.

Le travail de soins est évidemment individuel, mais il y a une réelle possibilité d'échanges informels avec les collègues, ce qui aide à tenir le coup dans le travail. Les horaires sont meilleurs qu'en pratique libérale ; l'accès à la formation est facilité : en 2002, Bernadette passera dans le cadre de la

formation continue, un diplôme complémentaire en chimiothérapie, en même temps que sa collègue l'infirmière directrice. En soutien professionnel à l'équipe, il existe en outre et depuis peu, un genre de groupe de paroles, au sein duquel il est théoriquement permis de parler du travail en collectif avec un psychologue extérieur pour celles qui le souhaitent. La direction n'y participe pas.

La structure de soins infirmiers est dirigée par une directrice qui est elle-même infirmière et continue d'exercer, avec double casquette : les soins infirmiers et la gestion de la structure. Elle mène donc de front son métier d'infirmière et la gestion de l'association dans toutes ses composantes : organisation des plannings, prise de rendez-vous avec les familles pour les nouveaux patients, conseil d'administration de l'association, relation avec les deux mairies qui interviennent en subventions de fonctionnement.

Bernadette exerce cinq matins de 7 h 30 à 12 h, et un soir par semaine de 17 h à 20 h. Le mercredi matin, elle ne travaille pas, le réservant à piloter ses deux enfants dans leurs activités. Le mercredi matin, d'un commun accord, est travaillé pour celles des collègues qui n'ont pas ou qui n'ont plus d'enfant à charge, ce qui permet à ces dernières de disposer du samedi matin quand elles ne sont pas de garde. La garde de week-end mobilisant trois infirmières en même temps s'effectue à raison d'un week-end toutes les cinq semaines.

Bernadette s'investit complètement dans son travail. En janvier 2000, au cours d'une période dans laquelle elle se qualifie de surmenée, elle est hospitalisée cinq jours à l'hôpital en service de neurologie. Elle présentait des céphalées et des troubles de la conscience pendant une heure environ, sans perte de connaissance, et ne pouvait plus parler normalement. Aucun diagnostic de certitude n'est avancé : spasme ? absence, petit mal ? L'asthénie intense après cet épisode a orienté un temps en effet les médecins vers une hypothèse d'asthénie post-critique. Mais rien d'objectif n'a pu l'établir et c'est le diagnostic de grosse fatigue qui a été retenu : un

arrêt de travail de huit jours est prescrit et tout rentrera dans l'ordre par la suite. Au travail, tout va bien à part des douleurs à l'adducteur gauche en 2003, attribuées aux fréquentes montées/descentes de véhicule au cours de la tournée des soins. En 2005, elle indique lors de l'examen annuel une tendance à l'envahissement par le travail signalé par sa famille, mis sur le compte de patients lourds et « attachants ». À l'entretien de 2006, elle signale une pré-ménopause qui lui paraît précoce à 45 ans et va l'amener à consulter son gynécologue ; d'autre part, elle indique qu'elle a « craqué moralement » avec une patiente. Un fonctionnement de l'équipe permet de prendre en charge ce type d'aléa au travail : la malade a été prise en charge momentanément par une autre infirmière de l'association. C'est une sorte de régulation de la part du collectif de travail tenant à la fois de la règle de métier et du soin (care) manifestée par l'équipe à un de ses membres lorsqu'une situation dégradée se présente. Elle répond à un impératif professionnel (assurer la continuité des soins) et permet en même temps de soulager l'infirmière qui en fait la demande quand c'est trop lourd à porter. Par exemple, les soins à une SEP ont été répartis sur plusieurs membres de l'équipe devant la fatigue d'une infirmière de l'équipe.

Au début du mois septembre 2008, Bernadette est revue en visite de reprise du travail après un arrêt de huit mois. Elle explique qu'elle a fait une « dépression réactionnelle » et est actuellement encore sous antidépresseur Effexor^o, et anxiolytique Xanax^o.

Tout a commencé il y a un an exactement. À partir de septembre 2007, elle se souvient d'avoir commencé à éprouver une grande anxiété. « *Le dimanche 30 septembre 2007 au matin* » se souvient-elle précisément, elle a présenté une lombalgie aiguë, qui lui a valu d'être hospitalisée une journée. Elle fait la liaison entre cette lombalgie et un évènement professionnel : au début de ce même mois de septembre, il lui avait été annoncé à la réunion d'équipe, qu'à son tour, elle devrait prendre en charge partiellement un jeune tétraplégique. Et là, qu'elle savait qu'elle n'allait pas pouvoir le faire. La reprise du travail après sa lombalgie devait commencer par une garde de week-end, « *la garde du 6-7 novembre* », avec ce tétraplégique.

Elle n'a pu se rendre à son travail : sonnée, elle fait appel à une collègue le jour même qui la remplace au pied levé.

Elle avait pourtant mis en garde, avait dit qu'elle ne pourrait assumer ce patient. Mais la sentence est tombée : « *Tu dois le prendre, comme tout le monde le fait !* ». Sa santé se dégrade : angoisse, pleurs fréquents, tétanie ou spasmophilie. Elle bénéficie d'un suivi psychologique en février. Fin mars 2008 elle est hospitalisée pour un amaigrissement brutal de 13 kg. Les symptômes mimaient le cancer du pancréas disent à Bernadette les médecins du service une fois que tout risque d'atteinte viscérale a été écarté, IRM et scanner normaux à l'appui. Bernadette est faible et reste en arrêt maladie. Après sa lombalgie, c'est sa deuxième somatisation sur un conflit grave prenant son origine au cœur de son travail.

Au nom de la mutualisation dans l'équipe des cas particulièrement lourds, Bernadette se devait de prendre en charge à

son tour ce patient. Elle se vit comme dans l'incapacité de pouvoir le faire. Mais il est possible que l'équipe le ressente non comme une incapacité mais un refus. Et d'ailleurs, ce patient, Bernadette ne l'a même jamais vu. Ce refus la place dans une situation délicate vis-à-vis de son équipe et de sa direction : elle malmène une règle professionnelle.

Mais en y regardant de plus près, une deuxième règle de métier est mise à mal. Cette règle de métier qu'on retrouve dans d'autres professions confrontées au risque et à la mort, comme dans le BTP, mais également en chirurgie pourrait s'énoncer ainsi : « Quand ponctuellement je ne "me sens pas d'y aller", je n'y vais pas, et je compte alors sur le collectif pour qu'il puisse prendre en charge le fait que je ne puisse pas y aller, sans avoir à faire des discours de justification sur les motifs de ce retrait, et sans risque de sanction ni d'exclusion du collectif. » **Mon expérience professionnelle me fait penser qu'un pylôniste qui indiquerait qu'il « ne se sent pas » un matin de monter au pylône, n'encourt aucun désagrément de la part de ses collègues et de son encadrement.**

S'agissant de Bernadette, les collègues de travail n'ont pas appliqué cette règle de métier. Il est vrai que l'incapacité exprimée par Bernadette peut être appréhendée par l'équipe et la direction non comme une impossibilité de faire, à un moment donné, mais comme un refus durable, dépassant les possibilités de suppléance d'un collectif.

Dans la structure de soins, le tétraplégique est pris en soins par des infirmières depuis quelques mois déjà. Il s'agit d'un jeune homme qui a toujours le moral, se fait conduire partout en voiture, sort en boîte et est décrit par l'équipe comme possédant une pêche d'enfer. Mais quand même, il est tétraplégique ! Il nécessite des soins assurés conjointement par une auxiliaire de vie habitant sur place, dans sa villa bourrée d'équipements électroniques et spécialement adaptée pour lui permettre une certaine autonomie. Devant l'équipe, Bernadette a multiplié les alertes préventives en indiquant que cette fois, « *elle ne pourrait pas y aller* », rencontrant l'incompréhension du collectif et de la direction : en fait, implicitement, elle viole la règle de mutualisation des cas lourds en refusant de s'occuper d'un patient tétraplégique. Du moment que, comme toute l'équipe, elle a déjà pu prendre en charge un tétraplégique, qui est toujours en soins avec l'équipe, pour ce tétraplégique là, où se trouve donc le problème ?

Or au regard de son histoire personnelle, ce malade tétraplégique n'est pas n'importe quel patient tétraplégique. Bernadette pour expliciter devant l'équipe son refus, a exposé lors de la réunion que ce patient avait été victime d'un accident qui lui rappelle en tout, celui dont a été victime son frère, devenu brutalement tétraplégique dans les mêmes circonstances dramatiques et décédé en 2002. Elle s'en est occupée jusqu'à la fin, en tant que sœur et en tant qu'infirmière. Et cette histoire résonne de façon insupportable en elle, réactivée par le travail. L'équipe n'entend pas l'alerte qui lui est faite. Bernadette s'effondre.

Pendant son arrêt maladie, des collègues prennent de ses nouvelles. En juin 2008, elle se sent mieux et souhaite reprendre le travail. Elle laisse des messages sur le répondeur de la directrice, qui indique-t-elle, restent sans réponses.

Fin août, elle montre plus d'insistance auprès de sa direction pour lui signifier sa volonté de reprendre le travail, et indique même faire un peu pression pour obtenir de sa part une convocation à la visite de reprise de travail.

Le certificat d'aptitude est accompagné d'une lettre à la direction : « *Elle peut reprendre son activité d'infirmière. La prise en charge d'un patient tétraplégique est totalement et définitivement exclue, en relation avec l'arrêt de travail qu'elle a connu dans la dernière période. Vous pouvez faire état de mon courrier auprès de votre équipe si vous le jugez utile.* »

Le cas est compliqué. Heureusement, je peux le travailler ces questions au sein d'un groupe de pairs. Ce dernier a été créé en préparation du thème Clinique médicale du travail, un an avant le Congrès de médecine du travail de Lyon en 2006. Puis il s'est transformé en GAPEP (évaluation des pratiques professionnelles entre pairs : EPP avec E-Pairs) et travail sur les monographies SAMOTRACE en réunions alternantes tout au long de l'année. Il est déjà plutôt expérimenté.

En lui lisant quelques jours après sa rédaction, et devant mon groupe de pairs, le contenu de la lettre adressée à la directrice, mon groupe de pairs se montre critique vis-à-vis du courrier d'accompagnement : il colle littéralement à la demande sans aucun recul et il risque d'entraver le travail psychique de Bernadette en légitimant une posture de retrait qui est posée comme définitive sans grande argumentation à la clé pour venir l'appuyer. Et si justement, le travail psychique de Bernadette aboutissait à ce qu'elle puisse un jour, travailler avec ce tétraplégique ?

Dans le courrier remis, il y n'y a pas une ouverture possible sur un état de limitation temporaire d'aptitude ! Une fois de plus, pour le groupe, la précipitation dans la rédaction de la lettre d'accompagnement de l'avis d'aptitude avait prévalu. De fait, le point de vue de la santé auprès de Bernadette n'est pas soutenu auprès de l'employeur, en apportant caution médicale à l'idée que se fait Bernadette de son incapacité d'être à nouveau en contact de soignant, un jour, avec ce patient. Elle est emmurée dans son impasse. Qu'est-ce qui est insupportable à Bernadette dans la perspective d'avoir des soins à donner à ce tétraplégique ? Elle met en difficulté l'employeur. La lettre est donc considérée comme risquant d'envenimer une situation déjà tendue. J'en ai pris complètement acte.

Pour autant le contenu de la lettre n'a pas pesé dans l'entretien entre Bernadette et la directrice. Voici comment Bernadette le raconte deux jours après : le rendez-vous avec la directrice, décrit par Bernadette comme glacial, est tellement bref que la lettre du médecin du travail n'est même pas donnée. Visiblement la direction ne s'attendait pas à ce que Bernadette reprenne le travail, et cette dernière est remplacée. La reprise n'était plus prévue. Il faut remanier le planning de l'équipe. L'entretien a lieu un mardi. Bernadette est

invitée sur le champ à reprendre le travail le lendemain mercredi alors qu'elle n'a jamais travaillé ce jour-là. Elle n'a pas le temps de s'organiser. Elle propose à sa direction de différer au lundi suivant sa reprise. C'est un non catégorique. Elle se lève au bout d'un entretien qui est conclu par une sorte d'ultimatum : « *Maintenant, plus de passe droit, c'est à prendre ou à laisser* », relate-t-elle. De quel passe-droit s'interroge Bernadette, a-t-elle bénéficié dans le passé ? Trop remuée pour lui poser la question, Bernadette en s'en allant lui remet le courrier du médecin du travail. Elle quitte le bureau en retenant ses pleurs ; le lendemain, elle passe trois jours et un week-end détestables, puis consulte son généraliste, qui la remet en arrêt.

En reprenant le récit de Bernadette, il est possible d'identifier une période antérieure au cours de laquelle une certaine évolution des conditions du travail a pu transformer les relations entre les infirmières, et en même temps affaiblir le collectif de travail. Je fais l'hypothèse que c'est à cette période de fragilisation des conditions de travail et de son collectif, que Bernadette a commencé à constater les premières atteintes à sa santé.

Les conditions d'exercice du métier d'infirmière en ville ont rapidement évolué depuis son entrée dans la structure. Deux éléments de cette évolution sont à examiner. Le premier porte sur les soins à la personne.

À son embauche, en 1996, il y avait déjà, dans l'exercice de l'infirmière, à la fois des « soins à la personnes » ou nursing, et des gestes plus techniques. La charge de travail était décrite comme moins importante, et l'effectif des infirmières moitié moins élevé. L'entraide alors est assez habituelle entre collègues. « *Au début, – explique Bernadette – dans une matinée j'avais quatre toilettes et quelques injections, mes collègues, pareil. Actuellement, j'ai facilement sept toilettes.* ». Elle concentre donc dans son activité les soins à la personne. Il y a probablement des situations de travail non homogènes. Cela dit, une toilette peut être un soin très lourd, consommateur de temps et est effectuée effectivement par les infirmières en ville, lorsqu'il n'y a pas – ou que les familles en refusent le coût – une auxiliaire de vie. Il faut lever le malade et faire sa toilette. Le nursing dans un contact avec des personnes en fin de vie, ne peut laisser intact, et se révéler être lourd physiquement et psychologiquement ; ceci étant, il fait partie intégrante du métier. Mais pour Bernadette il est clair que les actes de soins infirmiers qui à présent et depuis plusieurs années semblent essentiellement composer son travail au quotidien sont « un travail d'aide-soignante », un travail vécu comme « répétitif », de routine, alors qu'elle revendique d'être « soignante ». Cette dévalorisation peut s'accompagner d'une restriction de l'espace de mise en mots avec ses pairs, d'un vécu qui peut être teinté de honte. De fait, Bernadette décrit une diminution de la discussion sur le travail avec ses collègues. Pourtant elles aussi peuvent être confrontées à des actes de soins infirmiers nombreux au détriment d'actes plus techniques. Est-ce que cela induit chez elles le même rapport subjectif au travail de dévalorisation ? Il faudrait pouvoir recueillir leur avis pour le savoir. Mais il est probable qu'il contribue à l'individualisation des situations de travail.

Il y a un deuxième aspect dans l'évolution du métier, portant cette fois sur les actes techniques. Les injections restent quotidiennes, et les gestes plus techniques se sont multipliés depuis le changement de comportement des médecins à l'hôpital il y a un peu moins de dix ans. En liaison avec la création de structures type HAD, ou HAD spécifique au Centre anti-cancer, ils se sont mis à confier aux infirmières de ville des traitements auparavant pratiqués à l'hôpital. Les pompes de toutes sortes sont apparues : pompe d'alimentation parentérale ; pompe à morphine. Dans le cas de la structure, la pratique technique se fait essentiellement en chimiothérapie : par exemple, surveillance d'une pompe de chimiothérapie chez un malade dans les 72 h de traitement à domicile faisant suite à la sortie de l'hôpital. Cette technicité accrue du métier a du bon : valorisation de ce côté du métier par la technique, contacts multipliés avec des praticiens de cancérologie, ou des infirmières d'hôpital, qualité de la relation à construire avec les patients et leurs familles. Et incitation à évoluer dans les pratiques. Ainsi, dans l'association, le recrutement en mars 2007 du premier patient tétraplégique muni d'un stimulateur phrénique pris en charge par l'équipe sur la commune a amené dans l'urgence les infirmières du secteur d'Avie (où habite le patient) à partir, un peu inquiètes au départ, à l'hôpital spécialisé dans les grands traumatisés, pour se faire expliquer par leurs collègues infirmières d'hôpital comment prendre en charge les gestes techniques à pratiquer sur leur futur patient.

En réalité, le recrutement des patients « techniques » n'a pas exactement le même dosage dans les deux communes : hasard du recrutement, répartition des patients selon l'attrait du geste technique différent d'une infirmière à l'autre ? Progressivement, s'est établie une différence de pratiques entre les deux communes. Il est possible d'envisager à partir de là, qu'une collectivité d'infirmières intervenant sur sa commune davantage dans le nursing, comme Charnas, se voit quand même sollicitée pour accepter d'autres malades en nursing, au motif que les gestes techniques de l'équipe de l'autre commune, celle d'Avie, à recrutement majoritairement plus technique, sont à assurer : puisque l'équipe « nursing » n'est pas en situation d'assurer cette aide technique, autant qu'elle puisse dépanner Avie. Ce qui peut amener les infirmières de Charnas à accepter de prendre des activités de nursing sur l'autre commune, en plus de celles de leur propre commune. Dans ce contexte, les soins de nursing peuvent alors se colorer d'une note péjorative pour l'infirmière et contribuer à dégrader l'estime de soi. Le collectif a pu se fragiliser à partir de cette sorte de répartition des rôles qui n'a été pensée ni voulue par personne. Mais on peut facilement concevoir la suite. Une équipe travaillant davantage dans le nursing, est sollicitée sur sa commune pour prendre en charge un malade à pompe. Dans le cas où estimant manquer de pratique, ou ne sachant peut-être pas comment faire, elle est tentée de demander de l'aide à celles qui l'ont déjà fait sur l'autre commune. C'est en même temps une façon de vérifier implicitement la solidité du collectif de travail. Les réactions peuvent aller en effet du : « *Je vais t'expliquer, c'est bête comme chou* » à « *Comment, mais tu es bête ou quoi, tu ne sais toujours pas faire ça ?* » Autrement dit, la

tendance à prendre davantage de soins en nursing, alors que l'activité quotidienne est déjà dans des soins de nursing peut s'observer, avec des disparités entre infirmières, mais dans les derniers temps, il semble qu'il y avait un secteur plutôt nursing (Charnas) et un secteur plutôt technique (Avie).

Il faut revenir sur la prise en charge du jeune tétraplégique. Je ne sais du reste si elle relève du soin à la personne ou d'actes techniques. Mais auparavant il faut faire un détour pour expliquer le mode d'attribution des patients aux infirmières. Il est le suivant : il y a présentation dans l'équipe des nouveaux malades par la directrice. Après délibération l'attribution se fait oralement, et la directrice tranche s'il y a ballottage. Mais dans la dernière période, ce type de fonctionnement a un peu évolué : l'attribution de nouveaux patients tend à se faire sur un autre mode plus individuel, tenant compte d'un ensemble de critères ; mais malgré les difficultés décrites précédemment, l'arrivée du jeune patient tétraplégique a quand même pu faire l'objet d'une réticence exprimée collectivement de la part des infirmières des deux communes, devant le surcroît de travail qu'occasionnerait cette prise en charge : c'est une heure minimum avec l'aide de l'auxiliaire de vie, le matin, et rebelote l'après-midi. La réticence est étonnante pour un tiers extérieur : elle bouscule la règle professionnelle qui est d'accepter autant que faire se peut, tout nouveau patient, quitte à prendre sur soi. Et d'une manière générale, les infirmières ont plus que l'habitude de prendre sur elles ! Cette réticence a été portée collectivement. Elle peut être analysée en tant qu'émission par le collectif d'un signal d'alerte, alerte rédigée dans les règles de l'art des règles professionnelles. Elle est en même temps expression d'une fragilisation globale de leur situation de travail, qui ne permet plus de faire face, peut-être même adressée à la direction à l'état brut, sans même avoir elles-mêmes pu la mettre en mots.

À ce stade, j'évoque une hypothèse. La délibération qui permet à chacun de faire émerger à la conscience (au sens de conscience cognitive), des éléments non élaborés du travail, de les mettre en mots, somme toute d'exercer son intelligence en situation de travail un peu complexe ou dégradée, est atteinte. Elle est insuffisante à déclencher l'alerte et tout le monde passe à côté. La réticence manifestée collectivement à accepter un nouveau patient est considérée au mieux comme symptôme de ras le bol, de situation un peu difficile professionnellement mais c'est tout. Pourtant en reprenant les dossiers, la lassitude est bien indiquée à demi mot chez plusieurs infirmières mais le médecin la banalise et pense qu'il y a plainte diversement traduite par la tête et le corps, dans un contexte de travail surchargé. Il n'identifie pas la portée de ce qui peut se passer ensuite. Et il ne donne pas non plus l'alerte.

L'étape suivante est le refus de prendre en charge un patient particulier par une infirmière en particulier. Mais à ce stade le refus est porté individuellement, à l'encontre d'une grosse pression provenant du collectif. Il aboutit à l'impasse et à la seule façon pour Bernadette d'en sortir, la décompensation.

Il est possible que la spécialisation dans les faits, qui s'est établie à vau-l'eau, c'est-à-dire sans avoir été pensée volon-

tairement, ni peut-être même identifiée ainsi, entre commune « nursing » et commune « soins techniques » : Charnas plus nursing, Avie davantage technique, ait contribué à fragiliser le collectif des infirmières de l'association. Ce qui est certain est qu'avec un collectif de travail fragilisé, il est plus difficile d'échanger sur le travail et de construire sa santé au travail et probablement de faire le travail. C'est dans ce contexte que Bernadette a vu sa santé se dégrader. Un travail à partir de ces constats peut permettre néanmoins d'en reprendre une certaine élaboration collectivement.

Rien d'aussi net n'a transparu dans les entretiens lors des examens périodiques et il a fallu qu'apparaisse une décompensation pour que le médecin soit amené à se poser quelques questions autour de l'organisation du travail. Ce constat amène de lui-même une autre question : un suivi régulier n'a pas été, dans le cas présenté, un outil pour l'alerte. En attendant, Bernadette est en quelque sorte, dans l'attente, en arrêt maladie dans une sorte de paralysie de son pouvoir d'agir.

Je lui ai indiqué que j'allais appeler la directrice pour la rencontrer. Et que, tirée de cet écrit, je préparais pour elle une lettre qu'elle pourrait remettre à son généraliste, destinée à expliciter le lien entre sa décompensation et l'histoire de son travail telle qu'elle a pris le temps de la relater.

Le groupe de pairs me demande de réfléchir à trouver *le bon moment pour le faire*. Le bon moment, pour Bernadette, serait celui où elle serait en état de pouvoir tirer parti du contenu qu'elle lira en le transmettant au généraliste, sans le prendre en pleine figure, sans aussi empêcher sa propre élaboration par une fermeture.

Quelques jours après la réunion du GAPEP, la directrice vient, suite à mon invitation, au cabinet médical. Elle confirme avoir été très ennuyée par la lettre d'accompagnement du certificat de reprise, en a parlé à sa structure juridique d'appui, qui lui a conseillé de suivre l'avis du médecin du travail. Elle se trouve dans l'impasse elle aussi quand elle relate l'entretien avec Bernadette. Sa relation est concordante avec ce qu'en a dit Bernadette, mais permet de préciser que l'entretien a été tellement court, que la prise en charge du jeune tétraplégique n'a pas été du tout abordée. Le désaccord sur la date de reprise du travail a suffi à écarter le rendez-vous redouté par Bernadette. Il est convenu que la directrice propose un nouveau rendez-vous à l'infirmière dans des conditions plus calmes. Si l'entretien le permet, elle reprendra la main en lui demandant d'accompagner une fois ou deux le binôme chargé des soins au jeune tétraplégique non seulement pour assimiler les gestes techniques qu'elle ne connaît pas encore, mais aussi pour se faire une idée sur ce que ça lui fait à elle de se trouver en sa présence – « *lui qui a survécu alors que son frère est mort* » – puisque Bernadette ne l'a encore jamais vu.

En attendant, Bernadette est soutenue par son généraliste, et indique qu'elle trouve un ferme appui dans le fait que ce dernier « ne veut pas » qu'elle reprenne dans ces conditions.

Alain GROSSETÊTE

BIBLIOGRAPHIE SOMMAIRE

- ♦ MOLINIER P., *Revue Travailler*
- ♦ DEJOURS CH., *TRAVAIL, USURE MENTALE*
- ♦ DAVEZIES PH., DEVEAUX A., TORRES C., *Archives Maladies Professionnelles* 2006, n°67, p.119-125



Vente en librairie – Prix : 17,50 € –
Éditions PRIVÉ – 2008 – 185 pages

MONSIEUR « PAS DE CHANCE » QUAND LE HANDICAP SE TRANSFORME EN TREMPLIN PROFESSIONNEL



M. ROIDUNORD est un Monsieur « Pas de chance ».

Pas de chance : quand je l'ai rencontré pour la première fois, il y a sept ans, il venait d'être muté d'une usine du Nord de la France qui venait de fermer. Je ne crois pas qu'il avait eu le choix. Il semble s'être bien adapté tant à son nouveau travail d'ouvrier spécialisé, en 3x8 dans une usine. Sa femme se plait dans la région, et ses enfants adolescents poursuivent leur scolarité et ont reconstitué un cercle d'amis.

Pas de chance : il a commencé à souffrir de son poignet droit, il ne s'en plaignait guère. Mais il était devenu tellement handicapé que j'ai réussi à le décider à faire des radios. Catastrophe à 38 ans il présente une nécrose avec arthrose des os du poignet et après quelques mois de traitement médical il doit se résoudre à l'opération qui lui bloquera complètement le poignet. Je m'interroge sur une éventuelle origine professionnelle de cette maladie. On ne retrouve pas de notion d'accident, de traumatisme violent. Par contre dans son métier il a souvent utilisé le marteau et la masse pour « décoincer » des pièces métalliques bloquées. Il est probable que ces chocs répétés ont participé à la destruction osseuse des os du poignet.

Pas de chance : il ne sera pas pris en charge en maladie professionnelle car les signes radiologiques ne correspondent pas tout à fait au tableau N°69 : il s'agit d'arthrose et la nécrose ne concerne pas les osselets cités dans le tableau. Après quelques mois d'arrêt de travail, il veut reprendre. J'ai des doutes sur ses capacités à tenir son ancien poste de travail qui nécessite de forcer avec les deux mains. Il insiste, il n'a pas le choix, il perd de l'argent en arrêt maladie, il a des charges financières. Nous faisons l'essai et après quelque mois de reprise nous faisons le bilan : il a de plus en plus mal. Il a du avoir recours aux infiltrations, Il ne tient qu'avec les médicaments. En fait il doit laisser de nombreuses tâches à ses collègues de travail. Ils sont sympas mais cela ne pourra pas durer éternellement. Nous rediscutons de son avenir professionnel : changement de travail ?

Pas de chance : les très rares postes de travail de type administratif dans l'entreprise sont déjà occupés, et même s'ils se libéraient il n'a pas la compétence professionnelle. Après un an, le poste de magasinier se libère.

Pas de chance : il va perdre les suppléments de salaire liés à l'abandon du travail de nuit et cela fait sacré trou dans son revenu.

Pas de chance : je ne parviendrai pas à lui obtenir une pension d'invalidé de première catégorie pour compenser son handicap.

Pas de chance : il n'a pas les compétences informatiques pour gérer les stocks, il n'est qu'un ouvrier. Mais il s'adaptera, apprendra à utiliser le clavier et l'écran et se découvrira même une passion pour l'informatique. Il s'équipera à domicile et y passera de nombreuses heures de loisir.

C'est donc une reconversion professionnelle à peu près réussie. Enfin à condition de faire l'impasse sur l'importante diminution de revenus. Il y a quand même un autre avantage : « *Je ne fais plus les postes, j'ai retrouvé des horaires normaux, j'ai enfin une vie familiale normale, après vingt ans de travail de nuit.* »

Après deux ans à ce poste, son champ d'action professionnel s'élargit, il doit maintenant gérer aussi l'ensemble des approvisionnements de l'usine.

Hier je l'ai vu en « visite périodique » et il m'a annoncé sa mutation. Il vient d'accepter un nouvel emploi dans une autre usine du groupe comme cadre responsable des achats et approvisionnements.

Nous faisons le bilan de ces dix dernières années de sa vie professionnelle. Certes, l'entreprise lui a offert une possibilité de reconversion, mais sans lui faire de cadeau sur son salaire. Il a retrouvé un revenu équivalent et même supérieur, avec une qualité de vie bien supérieure. Ses enfants finissent leurs études, sa femme n'est pas spécialement attachée à la région. Il a un travail qui le comble. Il est plein de confiance en lui et son avenir professionnel s'est élargi. En une dizaine d'année Monsieur « Pas de chance », qui souffrait d'un handicap physique le destinant au chômage, a réussi non seulement à se reconvertir, mais son problème de santé a été un tremplin pour un accomplissement professionnel et humain.

N'est-ce pas la preuve que le travail c'est la santé ? Pour une fois que je rencontre une telle réussite ! Cela ranime l'espoir après les centaines d'échecs de reconversion suite à des problèmes de santé.

Benoît DE LABRUSSE

JE M'ÉTAIS TOUJOURS DEMANDÉ

À QUOI SERVAIT UN MÉDECIN DU TRAVAIL

Bernard, est entré dans la vie active à 16 ans, en septembre 1978, titulaire d'un CAP de transporteur routier. Il a commencé comme OS dans une fabrique de literie où il restera jusqu'en 1984, occupant plusieurs postes successifs en production. De cette période, puisque je l'ai suivi à partir de 1981, je n'ai pas gardé de souvenir particulier si ce n'est qu'il avait choisi de réduire son temps de travail pour faire de la compétition de moto à haut niveau.

Je l'ai perdu de vue de 1984 à 1990, période pendant laquelle il a travaillé comme VRP, secteur textile pour une entreprise éloignée de mon secteur géographique.

Je le retrouve en mai 1990 et le suivrai jusqu'en 1993 ; il est à nouveau VRP dans le textile, pour une entreprise de mon secteur et travaille essentiellement sur Paris et au Maroc. Il a cessé la compétition de moto.

Il quitte cette entreprise en 1993 pour créer sa propre entreprise de négoce textile, dans un autre département et je le perdrai de vue à nouveau, jusqu'à fin 2005, date à laquelle, il prendra rendez-vous, suite à une succession de difficultés professionnelles majeures ayant entraîné une atteinte sévère à sa santé. (et pour ce qui me concerne, l'installation en 2005 de son entreprise dans mon secteur, ce qui fait que je deviens le médecin du travail de son entreprise). C'est lors de cette consultation spontanée, un peu inattendue, puisque j'avais déjà vu depuis quelque temps les salariés de son entreprise, sans le rencontrer, que je reprendrais avec lui son itinéraire professionnel.

De 1993 à 2003, il développe son entreprise de négoce textile, occupant à la fois des fonctions de dirigeant gestionnaire et de commercial. « *Pendant 17 ans, je n'ai fait que voyager pour le travail.* » Il peut néanmoins concilier sa passion de la moto et son activité professionnelle, arrivant même à organiser des défilés de mode lors de compétitions de motos.

Son entreprise se développant, il acquiert de nouveaux locaux en 1999 qu'il réaménage pour son activité professionnelle.

En juillet 2003, alors qu'il transporte un couple de retraités (les anciens propriétaires de son local professionnel) pour les conduire dans le Sud de la France auprès d'un membre de leur famille victime d'un accident de moto, il est le premier témoin d'un grave accident de la circulation (sur un aire de repos d'autoroute, il voit une voiture s'écraser, il alerte les secours, il constate le décès de deux occupantes – la mère qui meurt dans ses bras et la fille de 20 ans baignant dans son sang – confie l'enfant survivant à ses passagers). Pendant le mois suivant il aura des manifestations de stress post traumatique aigu (cauchemars, flash, etc.).

Fin août 2003, incendie dans son local professionnel, suite à un orage d'été.

À la mi-octobre 2003, nouvel incendie de son local professionnel (bâtisse ancienne en pisé, une ferme sans doute) : la bourre textile s'est accumulée dans des galeries de rongeurs. L'activité ne pouvant pas reprendre dans ces locaux, l'entreprise sera placée en redressement judiciaire suite à l'incendie et à la perte d'exploitation. Pendant cette période, et en attendant les décisions judiciaires, il redémarrera une autre société textile tournée vers les accessoires textiles de la moto, avec le même personnel. (19 personnes en tout). Il y aura finalement un dépôt de bilan fin septembre 2005.

Lorsque je revois Bernard, (que je n'ai pas vu depuis 1993), à sa demande, en novembre 2005, il est épuisé ; il a beaucoup travaillé avec des journées de 5 h à 21 h. Il a beaucoup maigri, ne dort plus, présente des douleurs musculaires diffuses. Il est sous Bromazepam^o depuis quinze jours ; il a eu deux arrêts de travail de quinze jours et trois semaines. Il aurait souhaité pouvoir travailler quelques temps à mi-temps pour régler ses affaires (aller vendre un appartement-bureau

au Maroc), mais il ne peut bénéficier de son régime de prévoyance en travaillant à mi-temps ! Je l'ai donc adressé à son médecin traitant pour mise en place d'un traitement antidépresseur et arrêt de travail prolongé. Le plus dur pour lui, a été de licencier son équipe, en particulier une assistance commerciale plus âgée qui l'avait accompagnée lors de la création de son entreprise, pour laquelle, les chances de retrouver un emploi sont réduites. En même temps, il essaie de ne plus penser à toute cette équipe, car il va lui-même très mal.

Je reverrai Bernard à sa demande un an plus tard en novembre 2006, (il m'a téléphoné une à deux fois entre temps). Jusqu'en juin 2006, « *J'ai été un zombi, imbuvable pour mon entourage, un bon à rien, mais j'ai découvert ce que c'était de vider un lave-vaisselle, d'emmener les enfants à l'école, je ne connaissais rien du travail d'une maison, ni ce que c'était une vie familiale* ». Pendant cette période, il refusait tout contact en dehors de sa famille proche. Il s'occupera beaucoup de son beau-père atteint de maladie de Parkinson.

Physiquement Bernard va mieux, il a repris du poids, même s'il ne peut pas marcher longtemps avec parfois des troubles de l'équilibre (hypotension orthostatique). Il est toujours sous traitement antidépresseur, qu'il veut tenter d'arrêter. Mais il ne peut plus conduire longtemps et sa conduite (alors qu'il a fait de la compétition de moto à haut niveau) est moins précise. Il ne se sent pas vigilant. « *Je peux me payer des trottoirs ou des portails*. » Il refait du scooter avec plaisir. On lui a proposé du travail en Tunisie. « *La moto est venue me chercher* » : on lui a proposé d'assister à une compétition en Malaisie.

Les cauchemars (incendie de son entreprise) reviennent si on évoque le sujet où s'il doit aller sur le site qu'il a mis en vente. Il évite de passer sur cette route.

Il ne sait pas encore comment orienter son avenir professionnel, mais il sait qu'il n'acceptera plus d'être trop souvent éloigné de sa famille à cause de son travail, car c'est leur présence patiente qui lui permet de se reconstruire.

J'aurai à nouveau des nouvelles de Bernard début décembre 2006 ; il a à nouveau était très mal quand il a dû se rendre

sur le site incendié. Il ne dort plus à nouveau, n'arrive pas à se concentrer, se sent toujours fatigué. Il peut s'occuper en réparant une mobylette. Il n'arrive pas à se sentir au top pour travailler et ne veut pas risquer un échec : décevoir et se décevoir.

Un mois plus tard, mi-janvier 2007, Bernard va indiscutablement mieux, il a un projet local et surtout le choix a été fait en famille : plus de travail qui l'éloigne en permanence de sa famille.

Je croiserai par hasard Bernard fin 2008, en visite dans le service où est hospitalisé son beau-père. Tout va bien pour lui depuis février 2008, il a créé une nouvelle société, qui tourne bien. « *Mais, – dit-il – je dois me méfier, le travail me piège vite*. », « *Je fais attention maintenant à toujours garder du temps pour aller chercher mes enfants à l'école*. »

Bernard a achevé « sa reconstruction » en construisant son nouveau projet professionnel : son parcours professionnel antérieur témoignait de ses capacités et il pouvait s'appuyer sur cette expérience. Malgré les conseils du médecin-conseil et de son médecin traitant, il n'avait pas vu l'intérêt de consulter un psychiatre « *puisque c'était un problème de travail* ». Il m'avait alors dit « *jusque là, je ne voyais pas bien à quoi servait un médecin du travail* ».

Il s'avère donc qu'il paraît normal à tout individu en situation de travail difficile ayant des effets sur sa santé, de consulter « un médecin du travail » pour solliciter son avis de spécialiste, pour lui demander un suivi, y compris pendant une période prolongée d'arrêt maladie. Cette demande émane également des employeurs, qui constituent aussi une population au travail. Prendre soin de la santé des employeurs, qui engagent comme leurs salariés, leur santé au travail, concerne bien aussi le médecin du travail ; c'est sans doute la meilleure façon de préserver des relations de travail satisfaisantes, au moins dans les TPE. C'est en tout cas la seule façon d'entrer en relation pour pouvoir ensuite exercer la fonction de prévention et de conseil prévue par le législateur. Il s'agit donc de prévention primaire.

Annie LOUBET

BÉCASSINE

HISTOIRE D'UN DÉLIRE PROFESSIONNEL

L'évènement dont il est question s'est déroulé voilà quelques années dans une grande entreprise publique qui assure le tri et la distribution du courrier, ainsi qu'un certain nombre de services bancaires. Nous nommerons cette entreprise « LP ».

Au moment des faits, M^{lle} B... a 43 ans. Elle est entrée à LP comme factrice à l'âge de 36 ans, en 98. Elle est célibataire, et sans enfant. Elle possède une licence de chimie, et a travaillé dans l'industrie textile comme responsable qualité, jusqu'en 96, soit deux ans avant d'entrer à LP. Je n'ai pas d'information sur ce qui s'est passé entre sa sortie de l'industrie et son entrée à LP.

Comme tous les fonctionnaires de l'entreprise, elle a débuté en région parisienne. Elle était alors factrice, mais il semble qu'elle n'ait jamais vraiment exercé ce métier, présentant rapidement des troubles psychiatriques, qu'elle qualifie de « dépression », qui l'ont écartée du travail pendant des mois, au moins jusqu'en 2001.

M^{lle} B... est arrivée sur mon secteur en 2002. Très vite j'ai été sollicitée par sa hiérarchie, préoccupée par les comportements de M^{lle} B... au travail : isolement vis-à-vis de ses collègues, suspensions inopinées d'activité sans motif apparent, réactions agressives disproportionnées, retards de plusieurs heures dans la distribution du courrier avec des erreurs de distribution anormalement fréquentes et incompréhensibles, même pour une débutante, et une conduite automobile qui inquiétait particulièrement son entourage professionnel (très lentement, mais partout et sans s'arrêter, même aux carrefours...).

À l'entretien que j'avais alors eu avec elle, M^{lle} B... s'était reconnue en difficulté sur le plan professionnel, tout en restant très évasive sur ces difficultés. Le contact était difficile, bizarre, évoquant un problème psychotique, avec une personne ralentie, interprétative, apragmatique, déjà traitée par Athymil^o et Risperdal^o. Avec son accord, je l'avais alors

déclarée temporairement inapte, et m'étais mise en contact avec le psychiatre qui la suivait depuis peu ; j'apprenais alors que M^{lle} B... avait déjà été hospitalisée à deux reprises en psychiatrie : en 1990 pour un syndrome dépressif atypique et en 1999 pour un épisode psychotique aigu pour lequel je n'ai pas eu plus de précision.

Dans le même temps, l'administration demandait une expertise psychiatrique, qui la déclarait parfaitement apte à l'exercice de l'ensemble de ses activités professionnelles, aussi bien sur le plan du contact avec la clientèle que sur celui de la distribution... pour donner un second avis radicalement opposé quelques jours plus tard, après avoir reçu des éléments médicaux de ma part (devant le résultat de l'expertise, je m'étais permis de rappeler l'expert). Cette anecdote non pas tant pour pointer les aléas de l'expertise psychiatrique que pour entrer en résonance avec la suite des événements.

Après un arrêt assez court, et un ajustement de son traitement par son psychiatre, j'avais donné mon accord pour un reclassement sur un poste de tri manuel, et M^{lle} B... avait été mutée au centre de tri (CdT).

Quelques mots sur le travail de trieur fin 2005 :

Le tri manuel consiste à trier à la main le courrier qui ne peut pas être trié par des machines, soit parce qu'il est d'un format inadapté, soit parce que l'adresse n'a pu être lue automatiquement. C'est un travail répétitif, qui se fait essentiellement debout (bien qu'il soit possible de s'asseoir pour certains formats), devant un casier de tri qui comporte plusieurs dizaines de cases dont il faut mémoriser l'emplacement pour tenir une cadence de tri cor-

recte. L'agent de tri s'alimente et se décase à son rythme (c'est-à-dire qu'il va chercher du courrier à trier, et qu'il évacue le courrier trié par direction, au fur et à mesure que les cases se remplissent). Les marges de manœuvres existent : les contraintes de temps sont relatives (on peut prendre des pauses facilement), et le travail est collectif, au sens où il reste difficile de déterminer la part de chacun des trieurs dans l'écoulement quotidien de la charge de travail. L'encadrement de proximité veille au flux global du courrier, et n'intervient de façon individuelle que face à des abus manifestes.

Ce type de travail est devenu, au fil du temps et de l'évolution démographique de l'entreprise, quasiment l'apanage de deux types de population :

- les agents reclassés suite à des problèmes médicaux sérieux, en particulier rachidiens, car ce poste est le seul, pour les petits niveaux hiérarchiques, où les manutentions sont modestes et où on est l'abri des intempéries ;
- et les agents ayant des problèmes psychiatriques qui s'accommodent bien d'un travail répétitif, très codifié, dans un environnement constant, sans aléa majeur et sans prise d'initiative importante.

Pour caricaturer un peu la situation, on pourrait dire que, quand tout se passe bien, les malades mentaux apportent leur force physique aux malades rhumatologiques. Quand ça se passe moins bien, il y a des altercations, parfois violentes, chacun étant convaincu de la mauvaise foi des autres, les problèmes rhumatologiques n'étant pas plus visibles que les problèmes psychiatriques.

Pendant près de deux ans, je n'ai plus entendu parler de M^{lle} B..., qui semblait bénéficier d'une intégration correcte, on va dire comme tout le monde dans ce secteur, avec des hauts et des bas tolérés.

J'apprends un jour tout à fait fortuitement, à la cantine, que M^{lle} B... est en « absence irrégulière » (c'est-à-dire sans justificatif) depuis plus d'un mois. En fait, elle vient tous les jours déjeuner à la cantine (et, pour se faire, gare sa voiture au CdT), prend son café au distributeur du centre... et repart sans s'être présentée au travail. La DRH du centre lui a demandé des explications sur ce comportement, et s'est faite insulter ; elle a tenté de résister, et a alors dû affronter une véritable furie qui l'a traitée de tous les noms. Depuis, elle reçoit des coups de fils insultants de M^{lle} B... elle en est toute retournée, et m'en parle donc. Je lui fais alors part de mes craintes quant à la santé de M^{lle} B..., ce qui se heurte à un scepticisme manifeste, mais m'amène à écrire à M^{lle} B... pour lui proposer de me rencontrer.

Quelques jours plus tard, M^{lle} B..., charmante quoique passablement négligée, passe m'informer qu'elle viendra avec plaisir en consultation – et nous convenons donc d'une date, dans la même semaine. Dans le laps de temps séparant cette prise de rendez-vous et la consultation en elle-même, j'apprends qu'elle a commencé d'élargir les bénéficiaires de ses coups de fils incendiaires, et que la direction prépare une riposte : il est question d'une procédure disciplinaire.

Lorsque je reçois M^{lle} B..., elle est sale et agitée, bien que parfaitement courtoise avec moi. Elle vitupère de façon agressive envers ses chefs, qui l'insulteraient, et la pousserait « au cul » ; elle me dit qu'« ils sont tous devenus fous » au CdT. Elle dénonce un management de plus en plus directif, pesant, harcelant, qui ne saurait plus que parler de « passer du papier ». Elle dénonce une dégradation de la qualité du travail réalisé. Elle répète à plusieurs reprises qu'« ils sont tous devenus fous », qu'« ils sont dingues, des malades ». Voilà pourquoi, pour sauver sa santé, elle s'est « retirée du travail » ; et elle jure qu'« elle n'y retournera pas ». Quand elle parle du travail, elle est hors d'elle et postillonne de rage. Elle a tenté de déposer plainte au commissariat de police, en les prévenant qu'elle n'était « pas folle », bien qu'elle ait conscience de pouvoir passer pour telle dans son extrême énervement. Les policiers se sont déclarés incompetents et l'auraient renvoyée sur la mairie ; là, elle n'a pu rencontrer le maire comme elle le souhaitait, et a dû se contenter de la secrétaire, qui lui aurait conseillé d'aller aux prud'hommes.

Elle évoque des dysfonctionnements qui restent flous (par exemple, la qualité ne serait plus assurée depuis qu'on confie les objets de valeur aux femmes de ménage), et sa colère a des accents altruistes prononcés : elle répète « *Moi je leur ai dit : c'est pour vous, c'est pour vous, je vous aurai averti !* ».

Par ailleurs j'apprends qu'elle s'est fait avaler sa carte bleue à un distributeur de LP, et a fait un scandale dans l'établissement, pointant l'incongruité que LP avale les cartes bleues de ses propres agents. Je crains qu'elle n'ait pas été payée le mois précédent du fait de son absence « irrégulière », ou qu'elle ait fait des dépenses inconsidérées, mais elle m'assure que son compte est bien approvisionné... et elle ajoute, avec un air rusé « *d'ailleurs, je m'en fous, j'ai pris une assurance vie !* », et là-dessus, elle claque des mains, de l'air triomphant de qui ne craint vraiment rien.

À l'issue de cette consultation je lui fait part de ma préoccupation pour sa santé psychique, de ma crainte qu'elle ne s'épuise (je fais allusion à son hospitalisation quelques années plus tôt pour « dépression »), et du risque qu'elle court à rester ainsi en situation irrégulière. Elle me confie qu'effectivement, « *elle a cru devenir folle* », et que c'est même pour cette raison qu'elle a cessé d'aller travailler – mais maintenant elle se sent mieux, du moins tant qu'on ne lui parle pas du travail. Elle me dit qu'en dépit de son agitation le jour, elle dort bien la nuit – et que ça va vraiment mieux depuis qu'elle ne travaille plus. Elle voit régulièrement sa mère. Elle a diminué son traitement neuroleptique, mais elle m'assure que c'est en accord avec son psychiatre... qui est parti à la retraite... et dont elle ne voit le remplaçant qu'une fois par an, « *ça suffit bien* ».

Je lui conseille de se faire arrêter par son médecin traitant et rédige un courrier à l'intention de ce dernier. Elle refuse toutefois que je prenne moi-même le rendez-vous, et m'assure qu'elle y va « *de ce pas* ».

Afin de protéger M^{lle} B..., je rédige la fiche de visite de la façon suivante : « Inapte temporairement à son poste de tra-

vail ; relève de l'arrêt maladie », cette formulation transformant l'absence injustifiée en absence justifiée par des problèmes de santé.

Et une fois M^{lle} B... partie d'un air très décidé voir son médecin, je prends mon téléphone et contacte ce dernier pour l'avertir de la situation. Je contacte également le CHRU, qui dans les faits ne l'a plus vue depuis deux ans.

J'ai dès le lendemain un appel téléphonique courroucé du DRH de région, qui, au risque de pointer mon incompetence, se fait un devoir de m'informer que M^{lle} B... vient **quotidiennement** au CdT (ce qui prouve à quel point elle ne relève pas de l'arrêt maladie), et qu'elle l'a traité téléphoniquement de « *gros porc* », ce qui ne le fait absolument pas rire, et qui suffit à entamer une procédure disciplinaire contre elle. Dans ce contexte, mon avis d'inaptitude est extrêmement gênant, et il faut donc trouver une solution.

Je maintiens évidemment mon avis, et, à titre de piste de compréhension, lui rappelle que cette dame a déjà bénéficié de congés longue maladie pour problème psychiatrique. Il s'emporte en me disant que quelqu'un qui vient quotidiennement sur son lieu de travail « fonctionne » manifestement bien !... ce qui me permet de lui demander si, de son avis, et avec la connaissance qu'il a des comportements récents de cette dame, il est vraiment convaincu qu'elle « fonctionne bien ». Après un temps de réflexion, il se calme, et se met en retrait « *en attendant de voir si elle fait parvenir un arrêt de travail* ».

J'apprends que le médecin traitant l'a arrêtée une semaine seulement, et je le rappelle donc : il « *ne l'a pas trouvée si mal* », et son diagnostic est plutôt de l'ordre du harcèlement moral... Je lui fait part de mon analyse, qui est sensiblement différente, lui redis mes craintes concernant la santé mentale de M^{lle} B..., et lui rappelle ses antécédents psychiatriques... Il me répond qu'il réévaluera tout cela dans une semaine.

Le surlendemain, M^{lle} B... vient jeter sur le bureau de l'infirmière un courrier du DRH de région, lance « *Cherchez l'erreur !* », et s'en retourne dans le même mouvement. Ce courrier la somme de justifier de son absence sous peine de radiation des cadres. (Cette radiation des cadres, qui revient à un licenciement, est une mesure exceptionnelle, réservée aux agents ayant commis de la faute d'une particulière gravité).

Un mot ici sur le contexte dans lequel se déroule cette histoire :

Le centre de tri doit fermer dix-huit mois plus tard, l'entreprise entamant une véritable révolution industrielle : une plateforme de tri ultramoderne doit ouvrir fin 2006 à l'extérieur de l'agglomération, avec un parc machine ultramoderne, qui a pour ambition de multiplier la productivité par trois, et donc de faire disparaître quasiment tout tri manuel ; l'environnement du travail et les organisations en seront bouleversés. Dans l'attente de l'ouverture de ce nouveau centre, un directeur a été nommé avec la tâche de préparer les agents au changement qui s'annonce, et, dans l'attente du déménagement, d'introduire

une évolution sensible de l'organisation du travail. Dans cette perspective, le directeur a réussi à récupérer une machine de tri en provenance d'un centre qui se modernise : cette machine n'est pas du dernier cri, mais elle trie un format qui était jusque là trié uniquement à la main au CdT ; on va donc d'ores et déjà gagner en productivité. Des calculs sont faits, et tombe le nombre d'emplois arithmétiquement supprimés au tri manuel grâce à cette nouvelle machine. Dans le même temps, on change les casiers de tri, qui, pour passer de 40 séparations à 55, s'élargissent et se haussent (un peu moins de 2 m de haut, un peu plus d'1 m 50 de large), et prennent deux retours latéraux qui les font ressembler à des « box », comme disent les agents.

Mais rien ne se passe comme prévu ... En effet, la machine fonctionne mal, les incidents se multiplient bloquant le tri en cours, les techniciens de maintenance s'arrachent les cheveux... et, au final, le tri n'est guère plus mécanisé qu'avant. Sauf que les trieurs sont bien moins nombreux, et qu'ils doivent de surcroît faire l'apprentissage d'un nouveau casier. Alors tout le monde est sous tension :

- les techniciens après cette machine qui leur résiste ;
- le directeur qui voit les cadences s'effondrer, et ne tient donc pas ses objectifs ;
- les trieurs qui voient le courrier sensé être mécanisé leur arriver à pleines structures, qui se désespèrent (« *On n'en voit jamais le bout : quand on croit avoir fini, il en arrive, encore et encore.* »), et qui ont mal au dos et aux bras (les casiers sont d'une amplitude nettement accrue, on ne peut plus s'asseoir, et chacun se sent isolé dans son « box ») ;
- l'encadrement intermédiaire enfin, qui a pour mission de pousser les troupes, mais qui les connaît bien, ces troupes, justement, et qui sait bien que ce qui dysfonctionne ne leur est guère imputable.

Je croise de nouveau M^{lle} B... à la cantine quelques jours plus tard. Elle fait un détour pour venir me voir, et me chuchote avec des airs de conspiratrice : « *Je vous ai envoyé une carte ... ça va vous plaire !...* ». Et, sans me laisser le temps de répondre quoi que ce soit, elle disparaît.

Et moi même je disparaissais en vacances pour une semaine. À mon retour, je trouve dans ma boîte aux lettres une carte... qui est certes intéressante... mais qui m'inquiète aussi quelque peu... j'y reviendrai.

Le lendemain, en rejoignant mon cabinet, je tombe nez à nez avec M^{lle} B... dans l'escalier – en fait, non, je me suis trompée, ce n'est pas elle... ! J'ai à peine le temps de m'amuser de cette fausse reconnaissance que me voilà en haut des marches, où je retrouve mon infirmière, qui, sans me laisser le temps de poser mon sac, me raconte que la mère de M^{lle} B... sort de l'infirmerie (c'était donc elle que j'avais croisé dans l'escalier)... et que la semaine passée a été épique : les troubles du comportement de M^{lle} B... sont allés *crescendo* ; tout ce que LP compte de responsable RH a été arrosé de coups de téléphones « anonymes », mais dont la voix était parfaitement reconnaissable, sans compter le numéro de téléphone

qui s'affichait. L'assistante sociale me fait écouter ceux qu'elle a reçu sur son répondeur : des messages de quelques secondes, la traitant de « *grosse pute* », lui ordonnant de « *penser à la mort, LA MORT!* », posant une énigme, où laissant seulement place à un rire sardonique. Le standard de la direction a été quasiment saturé par des appels du même type – à tel point qu'un agent a été désigné pour noter tous les appels afin d'alimenter « le dossier » ; au début, cet agent a tenté de noter le contenu des appels, puis, à défaut d'y réussir, s'est contenté de compter les appels avec des bâtonnets sur une feuille, avant de renoncer, au bord de la crise de nerfs, au bout du 49^{ème} appel de la journée ! Quand au directeur du CdT, il s'est trouvé devant un dilemme probablement insoluble : M^{lle} B... avait réussi à se procurer son numéro de téléphone portable, celui-là même qui doit permettre de le joindre en toutes circonstances de jour comme de nuit, et M^{lle} B... a passé toute une nuit à composer ce numéro, et à l'insulter... sans qu'il puisse s'y dérober.

Maintenant voici la carte postale, postée juste avant la semaine « épique » : on y voit la célèbre Bécassine, avec son air ahuri et sa maladresse habituels, qui vient manifestement de s'entraver et de percuter un pauvre facteur, dont les lettres, initialement bien classées dans sa besace, volent maintenant en tous sens et se répandent sur le sol. Le facteur est catastrophé, il en perd sa casquette : Bécassine a mis un bazar incroyable dans le soigneux ordonnancement de son travail ! À l'éclairage des événements de la semaine, la puissance métaphorique de cette carte m'a beaucoup impressionnée... !

Face à cette situation, l'assistante sociale s'est résolue à contacter la mère M^{lle} B..., qui est tombée des nues : ses derniers temps, elle voyait pourtant beaucoup sa fille, qui lui avait dit être en vacances, et son comportement semblait adapté...

À la suite de cette information, M^{me} B... (la mère donc) a eu le plus grand mal à faire hospitaliser sa fille : le médecin traitant était réticent, n'ayant lui-même guère constaté de troubles, et l'interne du service de psychiatrie ne la trouvait pas si mal, et en tout cas « calme ». Mais M^{me} B... avait bien

compris « ce qui la fait monter », et c'est en parlant du travail à sa fille, devant les médecins, qu'elle a pu les convaincre de la nécessité d'une hospitalisation devant ce que l'évocation de ce travail déclenchait comme réaction.

Alors que dire de ce cas clinique ? Je ne m'aventurerai pas trop dans le diagnostic : épisode fécond d'une psychose paranoïaque ? Éventuellement accès maniaque d'une psychose maniacodépressive ? Ce qui me paraît particulièrement intéressant, c'est la sectorisation du délire, qui reste pratiquement circonscrit à la sphère du travail : en dehors du travail, M^{lle} B... conserve un comportement relativement adapté, et le délire comme les troubles du comportement se déploient essentiellement dans ce travail, qui semble à la fois :

- le déclencheur de l'épisode : les réorganisations et les difficultés de fonctionnement du centre semblent avoir eu raison, si j'ose dire, de M^{lle} B... (1),
- et le mode privilégié d'expression des troubles (juste dans l'illustration de la carte postale !).

À tel point que le médecin traitant doute de la réalité du problème psychiatrique, adhérant volontiers au discours relativement cohérent de dysfonctionnements majeurs dans le travail et de harcèlement de la hiérarchie, et que l'interne en psychiatrie se demande si une hospitalisation est vraiment justifiée, suspectant presque la mère de vouloir placer abusivement sa fille. Mais l'expert lui-même s'était laissé abusé.

Après un arrêt de quelques mois, et au prix d'un traitement antipsychotique nettement alourdi, M^{lle} B... a pu rejoindre le nouveau centre de tri en 2006. Nous sommes aujourd'hui plus de trois ans après les événements, et M^{lle} B... est parvenue à suffisamment s'adapter pour que son intégration professionnelle ne soit pas remise en cause.

Véronique ARNAUDO

.....
1 - À cet égard, je défendrais volontiers l'idée selon laquelle, de même que les sujets allergiques sont les « sentinelles de l'environnement chimique », les malades psychiatriques sont les sentinelles de l'environnement psychosocial.

SAVOIR-FAIRE CLINIQUE

ET ACTION EN MÉDECINE DU TRAVAIL⁽¹⁾

INTRODUCTION

La possibilité d'investiguer et de comprendre la question du travail et des enjeux subjectifs de l'activité est au fondement même de l'exercice de la médecine du travail. L'accompagnement par le médecin du travail de la construction de la santé du sujet au travail lors d'entretiens cliniques réguliers, devrait permettre l'action en prévention primaire pour la collectivité de travail. Il faut permettre au sujet de retrouver une inscription sociale et collective. Mais les procédures psychiques défensives empêchent souvent d'agir pour transformer le travail. Les processus psychopathologiques eux-mêmes écartent souvent des collectifs de travail les sujets maltraités. Comment inscrire la souffrance liée au travail, irrémédiablement individuelle, dans un cadre collectif de possible délibération et d'action ? Pour qu'il soit possible de parler du « travailler » dans la consultation médicale, il faut donc établir une relation de confiance, ce qui suppose en préalable l'abandon définitif de tout critère de sélection médicale et la remise en cause de la notion d'aptitude.

LA CONSULTATION COMME ÉLÉMENT CENTRAL DU MÉTIER DE MÉDECIN DU TRAVAIL

La clinique quotidienne du médecin du travail explore en intercompréhension avec le sujet, la dynamique du « travailler ». C'est une clinique qui se déploie entre le corps et le sujet d'une part et le travail et le travailler d'autre part, c'est une clinique qui vise la relation que celui qui travaille entretient avec son environnement, les autres et le monde.

Comment accéder avec le salarié à ce travail réel qui n'est pas prévu par les prescriptions de l'organisation du travail ? Comment comprendre avec le sujet ce qui, actuellement, semble lui échapper et ce dont il se défend ?

.....

1 - Communication présentée au 30^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

CETTE CLINIQUE

N'EST ACCESSIBLE QUE PAR LA PAROLE

Il s'agit concrètement pour le médecin du travail de faire raconter par le sujet comment il fait dans le quotidien pour arriver à travailler, malgré ce qui y fait objectivement obstacle. Il faut, pour le médecin, oublier ses idées préconçues et faciliter le récit en manifestant l'intérêt de « comprendre avec », pour éviter les chausse-trappes dans le récit qui s'accroche au relationnel et comportemental de collègues ou de la hiérarchie.

Les sujets expriment toujours en premier les relations professionnelles qui font écho ou qui se présentent comme la cause première de leur souffrance. Spontanément il y a difficulté à mettre en mots le travail, le « comment on fait », ce qui fait problème maintenant dans telle situation de travail alors qu'auparavant cela se passait bien.

Ce ne sont pas les relations entre les êtres qu'on se propose d'explorer en rapport avec la psychodynamique du « travailler » mais la place déterminante et changeante, qui peut-être s'est dégradée, du faire et du faire ensemble. Est-ce que le salarié est satisfait de son travail ou éprouve-t-il le sentiment de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire ? Son activité quotidienne est-elle envahie par l'inflation de procédures ou par des impératifs de rentabilité immédiate qui affectent la qualité de son travail et son désir de coopérer avec autrui ? Pourquoi ne peut-il plus travailler avec un tel décrit comme un harceleur, un tire au flanc ou un psychopathe alors que cette personne travaillait avec lui ou d'autres depuis des années ? Qu'est-ce qui a changé dans l'organisation du travail de ce sujet, organisation au sens de division des tâches ou des rapports sociaux ?

Dans cette consultation ce sont les symptômes ou l'absence de symptômes qui orientent notre dialogue avec le salarié, à

partir de son activité de travail. Notre attention se porte sur les signes évocateurs d'un affect, témoins de quelque chose d'impensé. Le fait de parler de son travail permet au salarié un niveau d'élaboration plus complexe, où sa problématique prend une nouvelle dimension, ce qui peut permettre le passage de la non-compréhension à la compréhension de la situation ou ce qui entraîne la remise en cause de ses représentations et de ses certitudes initiales.

RECONNAÎTRE L'IMPORTANCE DES AFFECTS

Ces récits peuvent permettre d'approcher ce qui peut potentiellement faire souffrir les salariés, c'est-à-dire des vécus de surcharge, d'impossibilité d'anticipation, d'injustice, d'humiliation, de non reconnaissance de leur contribution, de marginalisation, d'isolement, d'impossibilité à pouvoir coopérer, de devoir tricher avec les règles pour simplement pouvoir travailler. C'est très souvent le sentiment, à l'atelier ou au bureau, de ne pas avoir les moyens de faire ce qu'il faudrait faire, et ne pas se reconnaître dans ce qu'on est contraint de faire.

Et souvent, de façon sous-jacente apparaît la peur, peur de ne plus arriver à faire ce qui est demandé, de couler dans son travail, de ne plus pouvoir tenir, de ne pas respecter les prescriptions parce que c'est impossible, la peur de perdre son emploi, et ce vécu d'injustice où quelque chose s'est cassé, que le sujet n'arrive pas à nommer, où pour lequel il ne fait pas lien avec ce qui lui arrive.

Mais la honte aussi. Honte de faire ce qu'on réprouve et qu'on a du mal à nommer, des choses contraires à la conception qu'on a de la qualité, du « beau travail », d'un travail dont on était antérieurement fier, la honte d'avoir laissé faire des pratiques de management qui apparaissent comme injustes, la honte d'avoir dû mentir aux clients, vendu ou délivré ou présenté des objets dont on sait que ce qu'on en dit est faux, de faire du sale boulot, un travail au bout du compte qu'on réprouve.

Dans la consultation quelque chose de singulier dans le récit fait parfois resurgir une émotion soustraite à la délibération et à la volonté du sujet. C'est l'attention portée au détail, à la parole qui permet de reconnaître l'émotion du salarié comme un acte de connaissance sur son engagement dans le travail, comme l'expression de sa singularité, quelque chose de son histoire singulière auquel il tient, quelque chose qui le fait vivre mais aussi pour lequel il pourrait mettre sa vie en jeu et peut-être mourir. Dans la consultation, l'émotion se caractérise par l'auto-perception de changements corporels. En accusant réception de ces manifestations, le médecin reconnaît l'importance des affects, l'importance d'une émotion non résolue qui n'est pas allée à son terme et qui continue d'exister à l'état latent. Et le salarié fait l'expérience de la résistance de son propre corps à son pouvoir d'agir.

PERMETTRE L'EXPRESSION D'UNE SINGULARITÉ

Dans le travail d'élaboration de la consultation, l'émotion peut être reconnue comme témoin de ce que le salarié met de lui-même dans le travail, témoin de sa singularité. Dans le travail, le sujet ne peut se construire ni dans la solitude, ni dans ce qui fait collectif, mais seulement, dans la tension

entre la nécessité d'une activité subjectivante et la limitation de celle-ci. Les tensions entre son histoire singulière et son travail, les règles de métier et l'organisation du travail, le salarié les exprime sous forme de luttes pour conserver son pouvoir d'agir ou sous forme de renoncement à son pouvoir d'être affecté par le monde dans lequel il travaille.

Dans l'espace entre travail prescrit et travail réel, être un bon professionnel, cela veut dire prendre en charge la situation dans ce qu'elle a de particulier. La distance que le professionnel interpose entre son activité et sa propre histoire, c'est son style propre et le salarié peut trouver là un espace de créativité. L'intelligence au travail est donc étroitement liée à l'engagement du corps, de la sensorialité, de l'affectivité. Et ces ressources mobilisées dans le travail débordent très largement le champ de la conscience.

PORTER ATTENTION

AU CORPS ENGAGÉ DANS LE TRAVAIL

Il y a une connaissance corporelle de l'activité de travail, de la matière de travailler, il y a une intelligence du corps. Ce sont les caractéristiques de l'activité subjectivante : la perception sensible, le rapport à l'environnement, l'engagement, qui permettent au corps de faire sien quelque chose qui lui était extérieur, de se l'incorporer. Le sujet perçoit l'environnement non pas comme des objets étrangers extérieurs, mais comme une partie ou plutôt comme un prolongement de lui-même.

Il n'y a pas de « travailler » sans engagement du corps. C'est à ce corps là que nous avons à faire dans nos consultations. Le schéma corporel constitue un espace propre, subjectif : l'espace de vie. Le médecin ne doit pas appréhender le corps simplement comme un corps outil de travail abîmé par l'activité mais le corps comme histoire, mémoire sédimentée, point de vue singulier.

Le travail est confrontation au réel, l'activité de travail est contrariée/contrariante, et le corps engagé dans le travail souffre. Le symptôme s'éprouve par le sujet comme une limitation de sa liberté, comme une résistance à son pouvoir d'agir, à sa capacité d'être affecté. L'alternative à la pathologie consiste à prendre en compte le symptôme comme une exigence de travail imposée au psychisme, comme le point de départ de l'activité de penser autrement l'engagement du corps dans le travail. Il y a là un temps clinique d'assistance non substitutive à la pensée, et pour le salarié un temps d'élaboration à partir des liens qui peuvent être faits entre le travail et l'évolution des symptômes. L'émotion ressentie, reconnue comme tension entre ses mobiles et l'organisation du travail offre au salarié la possibilité d'ajuster ses choix à la réalité de son travail, ce qui ouvre d'autres issues possibles que la pathologie aux conflits qui le traversent.

Il s'agit de passer d'un examen clinique classique, organe par organe, fonction par fonction, à un temps clinique d'examen du corps engagé dans le travail (et dont l'inconscient est structuré par l'activité de travail). Cet examen clinique permet d'entrer en contact d'une autre façon, de mettre en débat des maux non encore exprimés, banalisés, des maux qui passent par le corps et qui ne sont pas encore pensés. Ce n'est

parfois qu'au moment du toucher que certains symptômes peuvent être exprimés. Ce corps engagé dans le travail est un corps sexué, marqué par les rapports sociaux de sexe, parfois un corps machine, un corps outil, un corps qui s'étend jusqu'à l'environnement de travail, il n'est jamais un simple corps biologique.

PRENDRE EN COMPTE

L'INSCRIPTION DANS LE COLLECTIF

Le travail c'est aussi le temps du conflit entre la subordination lié au contrat de travail et le sentiment éprouvé, qu'on est comptable d'une histoire qui n'est pas que la sienne et qu'on peut transmettre. Les salariés ne veulent pas être des pions, ils veulent « dire leur mot », avoir « le loisir de penser » au travail. Le travail d'élaboration peut permettre de rendre intelligibles les orientations et les motivations des salariés. La consultation permet alors de ne pas renvoyer le salarié à ses problématiques personnelles et à sa psychopathologie, mais offre la possibilité de désingulariser des histoires personnelles. Il ne s'agit pas seulement de prendre acte qu'un salarié n'est pas le seul à énoncer ce qu'il énonce et que d'autres vivent la même chose. Désingulariser c'est aussi, à partir de l'analyse du travail et des enjeux qui lient le salarié à l'activité d'autrui, apporter des éléments qui peuvent nourrir le débat collectif sur le travail et faire l'objet d'une controverse dans le travail ce qui peut permettre le passage de l'individuel au collectif pour les questions de santé au travail.

UN TRAVAIL CLINIQUE POUR LA MISE EN DÉLIBÉRATION COLLECTIVE DES DIFFICULTÉS DU « TRAVAILLER »

LE RÔLE DU MÉDECIN DU TRAVAIL

Le médecin du travail a pour projet de rendre compte, dans l'espace de l'entreprise, des effets éventuellement délétères de l'organisation du travail sur la collectivité de travail dont il a la charge. C'est en s'appuyant sur le travail clinique réalisé avec les salariés que le médecin pourra construire son intervention dans l'espace public, par l'intermédiaire de veille médicale, d'alerte psychosociale, par l'établissement des fiches d'entreprise, des rapports annuels, etc.

UNE VEILLE MÉDICALE COLLECTIVE

À PARTIR D'UN SUIVI CLINIQUE INDIVIDUEL

Une veille médicale collective à partir d'un suivi clinique individuel qui prend l'organisation du travail comme grille de lecture, peut permettre au médecin du travail de relever des signes infra-cliniques dans un groupe de travailleurs relativement homogène quant aux conditions de travail et à l'organisation du travail et peut en éclairer l'analyse des causalités du côté de l'activité de travail. Des événements repérables de l'organisation du travail qui font potentiellement sens pour le sujet, balisent, sur des périodes de quelques années, les trajectoires individuelles marquées soit par une souffrance psychique, soit par des décompensations somatiques, articulaires ou digestives. Les trajectoires singulières des sujets sont ici déterminantes, marquées par l'existence

ou l'absence de marges de manœuvre, par l'appartenance ou non à un collectif, le moment précis des modifications de l'organisation du travail par rapport à l'histoire du salarié et par rapport à la dynamique collective dans l'entreprise. En ce qui concerne les troubles musculosquelettiques, les lombalgies hyperalgiques, les rachialgies de surcharge, les gârgalgies diverses ou les colites réactionnelles, c'est l'expérience de l'histoire des somatisations qui est mise en travail au regard de l'histoire de la dynamique subjective de mobilisation au travail. L'atteinte de la fonction corporelle signe une souffrance indicible et l'empêchement du travailler. Il faut permettre au sujet de prendre acte de cet écartèlement qui le préserve tout en l'empêchant. Il a alors perdu la capacité de se préserver, la capacité de déployer des savoir-faire de prudence qui structuraient son activité de travail. Cette compréhension des résistances du corps à la maltraitance professionnelle est susceptible de permettre au sujet de ne pas se laisser déborder par le processus de somatisation.

Face à un sujet en difficulté professionnelle, en première intention, rien ne permet de penser que le maintien ou la soustraction du travail lui soit bénéfique. La clé pour décider d'une conduite médicale résulte du travail clinique de la consultation et de la compréhension de ce qui fait difficulté pour lui, dans sa situation concrète de travail. Ce qu'il en comprend est donc déterminant. Parfois l'arrêt de travail pourra être un moment pour recouvrer ses sens et le sens des événements, bien utile pour le praticien pour jauger des marges de manœuvre, actuelles ou à construire, dont dispose le sujet. Mais parfois, quand l'économie familiale ne permet pas au salarié d'y adosser sa santé fragilisée, quand le travail, même fragilisé, est encore facteur d'appui, l'arrêt de travail peut être néfaste, car il peut couper de la communauté d'appartenance qui est aussi une communauté de soutien, de compréhension, de vivre ensemble, d'agir ensemble, de soutien mutuel.

Ainsi le médecin du travail s'appuyant sur les données cliniques peut faire la synthèse d'éléments transversaux permettant une mise en délibération collective des difficultés du travailler.

LA LÉGITIMITÉ D'UNE ALERTE MÉDICALE

La légitimité d'une alerte médicale dans l'entreprise apparaît parfois incontournable au regard de la gravité ou du nombre de personnes touchées. L'alerte relate très concrètement ce qu'a compris le médecin du travail des difficultés de réalisation du travail. Ce qui est visé c'est la reconnaissance, par les salariés et l'encadrement, de ces situations concrètes de travail pour mettre en débat les questions d'organisation du travail. La finalité de l'alerte médicale de risque psychosocial est tournée vers l'espace public interne de l'entreprise. Le métier du médecin du travail est d'y mettre « le travailler » en débat. L'objectif principal de l'action d'alerte du médecin du travail est de mettre au centre d'un projet d'amélioration de l'organisation du travail, l'instruction concrète de ce qui fait difficulté à réaliser son travail.

LA MISE EN DÉLIBÉRATION COLLECTIVE

Ainsi, les acteurs sociaux peuvent prendre leurs responsabilités, et les salariés être acteurs de la transformation d'un travail où ils peuvent prétendre construire leur santé. Les médecins du travail doivent donc contribuer à remettre le travail réel en discussion.

L'objectif d'une délibération est de permettre une compréhension du côté du travail, en sortant des explications relationnelles toutes faites. Le rôle du médecin du travail y disparaît quand le moment des décisions de l'encadrement apparaît. Le médecin du travail ne doit pas être gestionnaire des risques en prescrivant des « solutions » ; sinon son efficacité et sa légitimité professionnelle disparaissent. Approche compréhensive du « travailler » progressivement élaborée *via* les consultations de médecine du travail, réflexions entre pairs et actions de mise en visibilité sont les moyens actuellement utilisés par de plus en plus de médecins du travail pour développer les règles professionnelles de la clinique médicale du travail. Cette *praxis* professionnelle permet la mise en délibération collective des difficultés du travailler dans une perspective de prévention primaire.

CLINIQUE ET ORGANISATION DU TRAVAIL

La perte de sens collectif aggrave potentiellement la situation des salariés privés du pouvoir-comprendre ce qui leur arrive. Ce n'est pas la contention imposée de la souffrance comme celle d'une hémorragie qui est urgente, mais la mise en délibération collective de ce qui en est la source. Le médecin du travail doit pouvoir tout à la fois donner visibilité socialement aux effets délétères d'éventuelle maltraitance organisationnelle au travail, mais aussi permettre au sujet et à la collectivité de travail de la penser, d'en comprendre l'origine du côté de la division des tâches, des rapports sociaux de travail, c'est de faire percevoir de nouveaux enjeux. La nouvelle représentation des répercussions du travail sur la santé contribue ainsi à la transformation de l'organisation du travail par la compréhension partagée des difficultés du « travailler » élaborée lors des processus de délibération collective.

Une politique sanitaire dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés doit permettre, dans la pratique en médecine du travail, de « penser » la question de l'organisation du travail sans intrusion dans l'économie psychoaffective des sujets, sans enfermer dans un statut de victime les plus fragiles, afin de favoriser toutes les opportunités pour délibérer de façon compréhensive les difficultés engendrées par le « travailler ».

CLINIQUE ET PRÉVENTION PRIMAIRE

Les médecins du travail articulent d'une part l'identification et l'évaluation des risques, et d'autre part une pratique clinique qui permet de faire « résonner » les expositions rencontrées dans l'histoire professionnelle du sujet. Celui-ci peut alors construire une compréhension singulière de ce qu'il subit, et de ce qu'il rencontre.

Issues de cet accompagnement clinique, la compréhension de la façon dont les sujets sont exposés aux facteurs de ris-

que, la façon dont ceux-ci « subissent » et « vivent » ces expositions, et éventuellement les « traces » de celles-ci sur la santé de la collectivité de travail concernée, permettent au médecin du travail d'apporter un point de vue médical à l'évaluation des risques.

Ainsi la clinique médicale du travail est-elle en amont et en aval de l'évaluation des risques :

- en amont car à partir de ce que perçoit le médecin du travail dans l'accompagnement individuel, il participe à l'identification de « traceurs » pertinents des expositions subies par les salariés dans un objectif de prévention primaire ;
- en aval, car la « résonance clinique » lui permet individuellement et collectivement de donner sens aux situations de travail délétères, pour refuser leur inévitabilité, et permettre leur transformation.

Pour les médecins du travail, les connaissances des risques professionnels proviennent des informations recueillies lors des consultations, mais aussi des éléments recueillis lors de l'activité de prévention collective du médecin du travail : connaissance des postes, études éventuelles de ceux-ci, formation spécifique prodiguée, groupes de travail, participation aux CHSCT, saisine spécifique par les salariés ou la hiérarchie... L'ensemble des éléments recueillis sont interprétés à la lumière des connaissances scientifiques (toxicologie, ergonomie, pathologie professionnelle, épidémiologie en santé au travail, statistiques et sociologie des risques professionnels différentiels, psychodynamique du travail), et des compétences du médecin du travail. Ces éléments sont mis en « résonance » avec les constatations du point de vue de la santé que leur apporte leur activité clinique.

Participer à l'évaluation des risques, c'est alors permettre l'identification et l'évaluation précise des expositions professionnelles, leur visibilité dans l'entreprise, et aussi le débat social sur leur prévention pour que chacun des acteurs, employeurs, CHSCT, médecins du travail, puissent « jouer leur partition propre » en terme de prévention et construire une politique de prévention de la santé au travail.

L'évaluation *a priori* des risques permet d'anticiper sur les effets à venir dès le début de l'exposition des salariés. C'est à l'identification et à l'analyse de l'ensemble des facteurs de risques professionnels et à leur disparition, que les médecins du travail doivent s'atteler aujourd'hui. À la fois en consultant les partenaires sociaux, mais aussi en responsabilité propre du fait de leur statut de professionnel intervenant exclusivement du point de vue de la santé.

LE POINT DE VUE EXCLUSIF DE LA SANTÉ

Ce travail de veille, d'alerte et d'ouverture à la compréhension des risques pour la santé ne peut être pris en compte que par des professionnels qui inscrivent exclusivement leur intervention du côté de la santé et qui bénéficient d'un statut leur permettant de tenir cette posture. Notre éthique professionnelle nous impose aujourd'hui de clarifier le point de vue d'où nous intervenons, de rejeter toutes les formes de discrimination par la santé au travail, comme la sélection biologique, comportementale ou en fonction du passif des

expositions professionnelles antérieures des salariés. La confusion aujourd'hui grandissante entre la « santé de l'entreprise » qui est plutôt une pratique de gestion économique des ressources humaines, et la « santé des sujets » qui elle est au cœur de la pratique médicale, nous incite à construire des règles professionnelles qui sauvegardent notre éthique médicale humaniste d'intervenant exclusif pour la santé des hommes et des femmes au travail.

Ainsi pour l'action de transformation du travail, il paraît essentiel d'interdire la discrimination médicalisée au travail par la prise en compte de « sur-risques individuels » génétiques, comportementaux ou sociaux. Il est essentiel aussi, hors urgence immédiate, de ne pas pratiquer de soins, dont les soins psychologiques, sous dépendance ou injonction de l'employeur, pour ne pas renforcer l'aliénation sociale. Enfin il nous faut développer un système de santé au travail en séparant les fonctions de veille et d'alerte médicale, d'un système de « gestion des risques » qu'ils génèrent par les employeurs.

Si l'on considère l'élargissement de la notion de collectivité de travail aujourd'hui, qui éclate juridiquement avec la sous-traitance et l'émiettement des entreprises appartenant pourtant aux mêmes grands groupes industriels, il y a nécessité pour agir et rendre compte, de développer un travail coopératif entre médecins du travail. Ce travail ne peut plus se limiter à l'espace interne de l'entreprise. Il s'agit donc aussi, en rendant visible les conséquences en matière de santé au travail des choix économiques ou politiques, d'alimenter l'indispensable débat qui devrait les guider

Accompagner la construction de la santé de chacun au travail, être veilleur, être témoin, être « passeur », laisser des traces, permettre le débat sur les enjeux de construction de la santé au travail dans l'espace de l'entreprise et ultérieurement dans la cité sont bien selon cette conception d'une nouvelle clinique médicale du sujet au travail, les objectifs de la médecine du travail.

Dominique HUEZ, Odile RIQUET



SANTÉ & TRAVAIL

**Parce que
la santé au travail
est l'affaire de tous**

Maquette plus aérée, sommaire mieux hiérarchisé, prix en baisse, *Santé & Travail* modifie sa forme mais conserve les qualités de fiabilité et de rigueur qui lui ont permis de devenir le magazine de référence en matière de santé au travail

Derniers numéros : Enquête. Quand le travail malmène les femmes (63) ; Mal-être, dépression, suicide... Pourquoi le travail fait souffrir (64) ; Cancers Professionnels, Mobilisation générale (65) ; Malaise à l'hôpital (66)

Pour vous abonner, renvoyer ce coupon à :

SANTÉ & TRAVAIL, Abonnements
 12 rue du Cap-Vert – 21800 Quétigny Tél. : 03 80 48 95 42
 ou en ligne sur www.santé-et-travail.net

(28 € pour quatre numéros)
 chèque à l'ordre de Santé & Travail

LES CAHIERS S.M.T.

- N°1 Spécificité et médecine du travail (89) – (épuisé) –
- N°2 Éthique et pratique en médecine du travail ; introduction aux débats (90) – (épuisé) –
- N°3 Évaluation en médecine du travail (nov. 90) – (épuisé) –
- N°4 Éthique en médecine du travail (mars 91) – (épuisé) –
- N°5 Précarité et sous-traitance en médecine du travail (mai 92) – (épuisé) –
- N°6 Médecine du travail et santé publique (mai 93) – (épuisé) –
- N°7 **Souffrances et précarités au travail. Paroles de médecins du travail (mai 94)**
Éditions Syros – (épuisé) –
- N°8 Parler des règles de métier : nos pratiques en médecine du travail (mai 95) – (épuisé) –
- N°9 Les dérives de l'organisation du travail. Quelles pratiques pour les médecins du travail ? (mai 96)
- N°10 Pluralité, éthique commune, un métier en quête de sens (mai 97)
- N°11 Médecine du travail, un débat nécessaire (avril 98)
- N°12 **Des médecins du travail prennent la parole, un métier en débat (juin 98)**
Éditions Syros – 29,73 € en librairie
- N°13 Poursuivre la Refondation de la médecine du travail (juin 99)
- N°14 **Femmes au travail, violences vécues (mai 2000)**
Éditions Syros – 28,20 € en librairie
- N°15 Rendre visible les expositions. Témoigner des risques (juin 2000)
- N°16 Articuler accompagnement clinique et identification exhaustive des expositions (juin 2001)
- N°17 Organisation du travail. Santé mentale (mai 2002)
- N°18 Clinique médicale du travail. Éthique et pluridisciplinarité (juin 2003)
- N°19 La Clinique au cœur de nos pratiques. Construire du sens (juin 2004)
- N°20 Somatisation, les Mots du Travail (juin 2005)
- N°21 Évaluation des Pratiques Professionnelles (juin 2006)
- N°22 Maltraitements Organisationnelles, quelles pratiques cliniques ? (novembre 2007)

Ce Cahier n°23 m'a intéressé(e) :

- **Je ne suis pas membre de l'ass. SMT, je verse 20 € pour ce Cahier et pour la réservation du Cahier n°24 (à paraître courant 2010)**
- **Je demande des exemplaires gratuits (port 5 €)**
numéro(s) :
nombre :

Règlement à l'ordre de Ass. Santé et Médecine du Travail
25 rue Edmond Nocard 94410 SAINT MAURICE

CONTRÉES ET HORIZONS

Visiblement, avec le temps qui passe, la question devient celle du développement de l'activité du médecin du travail : cette dynamique de l'activité qui me permet d'explorer, d'acquérir de nouveaux mobiles, de nouveaux apprentissages et qui m'ouvre de nouveaux horizons. Cette dynamique qui me protège d'une décompensation toujours possible et qui me permet d'accéder à un monde potentiellement commun. Cette dynamique de la pensée ne se développe pas dans l'abstraction, elle s'enracine dans la chair, dans les lieux et se déploie dans le temps. Je suis médecin du travail depuis trente ans mais de quel moment particulier de la médecine, de la médecine du travail et de l'histoire du travail suis-je aujourd'hui le témoin ?

Mon espace de travail est situé dans un hôpital au sud de Lyon mais dans quelles contrées, vers quels horizons, est-ce que je peux travailler ? Mon espace de travail est un lieu habité, un paysage familier, une contrée créée par ceux dans l'environnement desquels je pense mon travail et « contre » lesquels je m'appuie. Des hommes et des femmes que j'ai lu, étudié, que j'ai tous écouté, que j'ai rencontré parfois, à qui j'ai écrit quelquefois. Un monde habité aussi par des anonymes, des intimes, des absents. Des points de vue qui s'opposent, des différences impossibles à travailler, des conflits de pouvoir peut-être, des incompréhensions, et pourtant pour moi un monde qui n'existerait pas en dehors des multiples points de vue qui l'expriment, un paysage qui m'introduit dans le travail et qui me permet d'avoir, moi aussi, un point de vue singulier sur et dans le monde.

Somme toute, cela me permet d'ouvrir un grand angle et c'est à partir de ce point de vue singulier que je voudrai proposer des histoires cliniques dans l'espace public, mais ce n'est pas dans l'idée de discuter le comment-faire, ni les règles de bonnes pratiques. Ce n'est pas un « arrêt sur objet clinique », comme un arrêt sur image pour mieux expliquer, mieux objectiver, mieux spatialiser. Car le temps d'objectivation du travail est le plus souvent une suspension de la dynamique d'activité, un arrêt du mouvement existentiel qui investit notre être dans les choses, le retour vers des sentiments personnels. Ce qui me conduit à mettre mon activité clinique dans l'espace public, c'est l'idée de participer à la multitude des points de vue pour ouvrir le plus d'horizons possibles.

Quels besoins sociaux sous-tendent le développement de notre activité de travail ? Sommes-nous toujours dans l'utopie de la construction d'un métier et de la sauvegarde d'une profession pour « faire » de la santé au travail ? Quel autre horizon possible ? Faire valoir les émotions comme une des modalités essentielles d'émergence d'une action publique et leurs donner une légitimité nouvelle ? Développer les compétences des salariés au cœur des consultations et chercher à mettre en visibilité leur travail dans la consultation ? Ils nous aident à construire un problème, pas seulement à révéler des situations ou à donner des informations. Ils acceptent une posture qui suppose un partage, une redistribution de l'expertise. Ce qui nous permet de les questionner là où, par leur point de vue singulier de salarié sur leur activité, ils sont les plus compétents. Les salariés saisissent cette proposition comme une occasion de mettre la pensée au travail.

Pour développer notre activité, il s'agit de s'opposer à la discipline qui s'impose : discipline quant aux méthodes, quant à la manière de savoir, de penser, de construire des identités. Est-ce du côté du féminin cette spécificité comme le désir d'écouter, désir qui se traduit par un respect particulier pour les histoires individuelles, et surtout une volonté de ne pas imposer des modèles théoriques. Est-ce du côté du féminin cette approche immergée dans le monde pratique, cette forme de connaissance qui entremêle des affects, du souci et de la sensibilité, une recherche attentive aux conditions concrètes et matérielles et à l'implication des corps dans les processus de savoir ? Faculté de comprendre l'autre en référant à l'empathie comme proposition scientifique et politique ou proximité (avec ceux qui travaillent) qui permet l'expérience d'un devenir avec ?

Nous ne sommes que ce dont nous avons conscience, et pourtant nous avons conscience d'avoir été plus que nous-mêmes dans les moments précis où, nous haussant à un niveau plus élevé de la simplicité intérieure, nous avons perdu conscience de nous-mêmes. En reprenant la phrase du peintre : « le peuple manque... », souvent reprise par les philosophes, peut-on imaginer qu'il revient à la capacité de développement de l'activité d'inventer un peuple qui n'existe pas encore ?

BLESSURES / SUR LA ROUTE D'AUGUSTIN G...

Augustin G..., âgé de 40 ans, chauffeur-livreur dans une entreprise de transports de matériaux de construction et chauffage, victime d'un accident de travail et toujours en arrêt de travail, prend rendez-vous dans le service de santé au travail pour une consultation sur les conseils de son médecin traitant. Il vient dans le service avec sa compagne.

Augustin G... souffre beaucoup, il ne peut pas rester assis, doit se tenir debout, il a été blessé à la colonne vertébrale dans l'accident, il porte un corset dorsolombaire avec tige de maintien au niveau du maxillaire inférieur, et son angoisse, c'est de ne pas pouvoir reprendre son travail sur la route. C'est aussi la question de son médecin traitant : comment peut-on envisager dans les suites de cet accident une reprise d'activité professionnelle ?

Dans un premier temps, se faire raconter l'accident : il y a trois mois, un mardi, en fin de matinée, Augustin déchargeait un chargement de bois avec la grue de son camion, dans la cour d'un client menuisier. Il travaille avec le même camion depuis douze ans. Il s'agit d'un camion grue relativement ancien qui n'est pas équipé de télécommande, ni de poste homme debout sur le camion. Les commandes de la grue sont situées derrière la cabine, sur le plateau et commandées par le chauffeur au sol. La cour de la menuiserie était encombrée par le stationnement de voitures, ce qui compliquait la manœuvre de déchargement. Alors qu'il était aux manettes de la grue, c'est-à-dire qu'il tournait le dos à la charge, une sangle a lâché, il a été projeté au sol. Le paquet de bois a heurté son dos, il n'a pas vu venir le danger, il a eu le souffle coupé. Il a été rapidement secouru par les pompiers et conduit au centre hospitalier. Le certificat initial notifie une fracture tassement de D8 et de D10 et une entorse du rachis cervical. Ce qu'il entend ou ce qu'il comprend dans l'urgence, c'est un pronostic : il ne pourra plus conduire de poids-lourds. Retour à domicile avec prescription d'une immobilisation par corset.

Augustin G... ne veut pas porter tort à son patron, mais il pense que cet accident était prévisible. En effet la maintenance des camions n'est pas assurée correctement. Il avait signalé à plusieurs reprises ces derniers mois des élingues en mauvais état, mais son patron ne prenait pas en compte ses remarques. En fait, Augustin exprime à la fois l'attachement à son travail qu'il aime et qu'il voudrait reprendre, mais aussi sa colère par rapport à son patron qui l'a mis en danger.

Il me semble nécessaire dans cette prise en charge thérapeutique post-traumatique, parallèlement à la poursuite des soins, d'ouvrir des issues possibles pour la poursuite d'une activité de travail. Tout en insistant sur le temps nécessaire du soin et du repos, et en n'excluant pas la reprise de la conduite poids lourds, je l'informe sur la demande de reconnaissance en travailleur handicapé, sur le dispositif de Maintien dans l'Emploi, sur les aménagements possibles du poste, en particulier en termes d'horaire avec le mi-temps

thérapeutique. Une fois que ce cadre légal minimum est fixé, il me semble nécessaire de mieux comprendre comment l'activité de travail et cet événement deuxième consultation pour permettre un travail d'élaboration à partir du corps engagé dans le travail mais aussi à partir du corps blessé.

Augustin revient en consultation, toujours avec sa compagne, au bout d'un mois. Il souffre toujours, porte un corset, mais il va mieux, il reste assis pendant l'entretien. Je reviens avec lui sur les conditions de sécurité dans son activité de travail.

Pour tous les transporteurs de bois, le souci majeur, c'est la surcharge et donc la peur du gendarme. Certains grumiers (qui sont toujours en surcharge) ne roulent qu'à certaines heures, ils se tiennent informés entre routiers, mais aussi par certains restaurateurs de la présence des contrôles de gendarmerie. Pour Augustin, il faut obéir aux ordres du patron, charger le camion en surcharge par rapport à la loi, prendre des risques pour le chargement. Je lui demande un exemple : un jour il chargeait les éléments préfabriqués d'un chalet en bois. Il n'arrivait pas à tout mettre, il a téléphoné à son patron qui n'a rien voulu entendre : « *Faut tout mettre, arrange-toi, avec moi, ça tient* ». Mais le pire, sa hantise c'est d'être loué, c'est d'aller travailler au service de M. V..., avec lui, plus aucun moyen de discuter, des journées de 5 h 30 à 20 h 30, le camion toujours en surcharge. « *Avant d'y aller, le matin j'avais mal au ventre, mal à l'estomac, des diarrhées.* » Il raconte que ces crises douloureuses existent depuis plusieurs années. Dans le dossier, effectivement, on retrouve l'apparition de gastralgies en 1999, traitées par Mopral°. À la même période il se plaint de lombalgies, est suivi par un ostéopathe. Dans le dossier, j'avais noté en 1998 : « *Conduire, j'adore ça, c'était mon rêve* ». Il aimait son travail, ne comptait pas ses heures et pourtant, l'angoisse était telle que, certains jours, s'il savait que l'accès pouvait être difficile, il allait voir le chantier la veille pour se rassurer.

Est-ce que ces crises d'angoisse pouvaient mettre sa vie en jeu, entraîner des idées suicidaires ? « *Non - dit-il - j'en parlais avec ma compagne (qu'il fréquente depuis plusieurs années et avec laquelle il s'est mis en ménage il y a quatre ans)* ».

Comment a-t-il réagi lors de l'accident ? A-t-il eu peur ? Oui, il a eu peur de ne plus pouvoir marcher, il s'est rappelé l'accident qu'il avait eu dans l'enfance. À l'âge de un an, il a été victime avec ses parents d'un accident de la route. Alors qu'il dormait sur la banquette arrière, la voiture a été percutée à l'arrière par un car. Les parents sont sortis sains et saufs, et dans un premier temps ils ont cru que l'enfant dormait, mais celui-ci avait la visage ensanglanté, il était inconscient. Traumatisé crânien, il est resté un mois dans le coma. Quand il s'est réveillé, il était hémiparétique, amnésique, il n'avait plus aucun souvenir de sa petite enfance, il a dû réapprendre à marcher, à écrire. Il n'est pas allé à l'école pendant un an et à son retour, ses camarades l'ont surnommé « *le balafre* », un surnom qu'il a gardé toute son enfance. Des suites de cet accident, il a gardé le sentiment pendant toute l'enfance de ne pas être à la hauteur, un sentiment d'in-

fériorité, mais aussi un sentiment de honte, de culpabilité. Il garde toujours aussi en lui, avec émotion, la question de la responsabilité. Sa question, qu'il aurait voulu posé autrefois au chauffeur de car responsable de l'accident, est la suivante : comment fait-on pour continuer à conduire quand on a eu un accident ? Un jour, il a vu un accident en remontant l'A7 – sur la voie opposée, un poids lourds et une voiture – sa première pensée, dit-il, a été pour le chauffeur : comment pourra-t-il conduire après ça ?

A-t-il eu d'autres accidents de circulation ? Augustin a été victime en décembre 2003 d'un accident alors qu'il circulait avec sa voiture personnelle : il a été percuté par une voiture en sens contraire qui a perdu le contrôle, il n'a pas été blessé, mais choqué.

Il raconte également un accident survenu avec son camion en septembre 2006 : le chargement de billons de bois était 30 cm trop haut, donc mal sanglé, il roulait à 20 km/h mais dans un virage le chargement de la remorque s'est effondré. Heureusement il était seul sur la route, mais tous les rondins se sont répandus au sol. Il a dû se débrouiller tout seul, emprunter un chariot élévateur à une fabrique voisine, recharger le camion, il est rentré à la nuit, épuisé.

Augustin a pu exprimer l'anxiété liée au travail qui a envahi sa vie et celle de sa compagne, ces dernières années. L'émotion qu'il manifeste aujourd'hui témoigne de l'importance de l'accident dans son histoire singulière, et donc de l'importance des conditions de son retour dans une activité de travail. Augustin a fait son dossier COTOREP, il a pris contact avec l'assistante sociale et le SAMETH. Son souhait c'est de reprendre son poste. Je lui propose de le revoir en consultation dans quelques semaines.

Augustin revient seul en consultation deux mois après. Il est suivi en kinésithérapie trois fois par semaine, il se plaint de dorsalgies au réveil, ne porte un corset que pour conduire, mais il ne supporte plus son inactivité. Augustin veut reprendre son travail, il ne se sent pas déprimé, mais c'est la première fois qu'il est en arrêt maladie aussi longtemps. Il ne veut plus rester inactif car réapparaissent de plus en plus souvent des pulsions exhibitionnistes angoissantes qui ont marqué douloureusement une certaine période de sa vie, et qu'il ne ressent pas quand il travaille.

Augustin parle de cette période de jeunesse comme une période douloureuse. Quand il était apprenti, il a fait une tentative de suicide. Après son brevet Augustin est entré en apprentissage en pâtisserie. Mais ça s'est mal passé, il a changé plusieurs fois de maître d'apprentissage, il n'arrivait pas à se faire aux horaires de travail. Pendant son troisième contrat, il a craqué, il n'en pouvait plus, il n'était pas maltraité, mais les journées trop longues, le travail le week-end, rendaient le travail insupportable. Un dimanche matin, en allant travailler, il a fait une tentative de suicide, il a foncé dans un mur avec sa voiture. Son apprentissage en pâtisserie s'est arrêté là. Pendant son apprentissage, c'était impossible pour lui d'exprimer ses difficultés d'adaptation et son refus de continuer. Aujourd'hui a-t-il toujours des difficultés à s'exprimer sur son travail ? Augustin n'arrive pas à discuter

avec son patron, c'est un homme qui crie tout le temps. Quand Augustin a perdu l'échelle pour monter sur le plateau, sans doute oubliée chez un client, il est allé en acheter une autre et l'a payé lui-même pour ne pas avoir de problèmes avec le patron. Même chose pour la goupille qui assure la mise en sécurité des pieds de la grue, c'est lui-même qui l'a bricolé après avoir attendu des semaines que son patron s'en occupe. Quant à l'élingue qui a lâché dans l'accident, Augustin avait demandé à son patron de la changer à plusieurs reprises.

Je propose à Augustin une rencontre sur les lieux du travail avec son patron pour voir les modalités d'aménagement de son poste de travail et les conditions possibles d'une reprise à mi-temps thérapeutique. Je lui conseille aussi de prendre contact avec la consultation du Centre médico-psychologique, ce qu'il accepte, pour que les éléments de son histoire infantile qu'il apporte dans la consultation de santé au travail, soient pris en compte sur un plan psychothérapeutique.

La première rencontre avec le patron est telle qu'on peut l'imaginer, patron agressif qui a perdu une partie de sa clientèle du fait de l'arrêt de travail, critique par rapport à Augustin qui ne respecte pas les consignes, patron épuisé qui doit faire à 59 ans le travail d'Augustin et qui menace de fermer l'entreprise et de licencier tout le monde. Mais finalement, après discussion à trois autour du travail, le mi-temps thérapeutique et le maintien dans l'emploi sont acceptés, ainsi le patron n'est plus obligé de louer son salarié pour assurer une activité journalière et le camion peut être équipé d'une télécommande pour le chargement dans le cadre du Contrat De Maintien dans l'Emploi. Augustin a repris son travail à mi-temps thérapeutique, il a augmenté progressivement son temps de travail à 80 %, il continue à faire de la balnéothérapie le mercredi, il est suivi régulièrement dans le cadre du CMP, il a fait un épisode dépressif en décembre et est sous antidépresseur, mais il n'a pas arrêté son travail. Il téléphone ou écrit régulièrement au service pour donner de ses nouvelles qui sont bonnes.

ÉPUISEMENT / DANS LE MONDE DES ACHATS D'ALBERT K...

Albert K... a 58 ans, il est marié, père de deux enfants. Il travaille depuis l'âge de 16 ans, d'abord ouvrier puis employé de bureau dans une manufacture de couvertures. Depuis 1971, il est au service achats dans une entreprise qui fabrique, conditionne et commercialise du matériel chirurgical.

Albert K... prend la responsabilité du service achats dans les années quatre vingt-dix, l'entreprise traverse alors une période très difficile, les salariés sont en chômage technique, et le travail d'approvisionnement est d'autant plus difficile que l'argent manque. Les départs en retraite ne sont pas remplacés et Albert reste seul dans le service et doit faire face. Ce n'est seulement qu'à partir de 1998, alors que l'entreprise va mieux, qu'il présente des épisodes d'épuisement physique et psychique avec hypotension artérielle. Ces épisodes entraînent quelques arrêts maladie, jamais plus de

quinze jours, qui permettent un repos indispensable. Albert K... est surchargé de travail. « *Je n'ai pas de fusibles – dit-il – quand je vais craquer, ça sera grave* ». L'asthénie est importante, source d'inquiétude pour sa santé, et une crise d'angoisse conduit à un bilan hospitalier de contrôle en 2001, bilan négatif sur le plan somatique, et qui confirme le surmenage professionnel. Albert aime beaucoup ce qu'il fait, il ne compte pas ses heures, pourvu que le travail soit bien fait. Mais il a perçu le lien qu'il y avait entre sa santé et son travail, et après son hospitalisation, sur les conseils des médecins, il essaie de mettre des limites à son temps de travail. Il ne travaille plus que 42 heures par semaine, mais ceci n'est possible qu'au prix d'une intensification du travail et d'une contrainte de temps plus forte, qui majorent l'anxiété.

La pâleur de cet homme, son regard anxieux, son corps fatigué attirent mon attention et me conduisent à le rencontrer sur son lieu de travail, en 2003, après plusieurs consultations. En ce qui concerne le travail prescrit : rien d'inhabituel, simplement la complexité d'une organisation des achats, pour une PME française dans une économie mondialisée. L'entreprise fabrique et conditionne de milliers d'articles différents, de la simple compresse non stérile à la trousse chirurgicale stérile, individualisée, c'est-à-dire conditionnée à la demande d'un chirurgien particulier pour une intervention donnée. Par exemple, pour fabriquer un champ opératoire Y, il faut acheter un tissu en Inde ou en Chine, prévoir pour sa fabrication un délai de deux mois et pour son transport par containers un délai de un mois, organiser son blanchiment dans les Vosges, dans l'entreprise E1. Il faut acheter également une partie non tissée qui vient du Portugal et qui doit être façonnée dans l'entreprise E2 et un biais ourlé qui vient d'Allemagne et dont le façonnage est à prévoir dans l'entreprise E3. Sans oublier un fil de baryum qui vient d'Espagne et le papier utilisé pour le mettre sous pack qui vient de Finlande.

En ce qui concerne le travail réel, impossible d'appréhender tous les dysfonctionnements qui peuvent survenir, les containers bloqués dans les ports, les rouleaux de gaze qui se sont perdus, la marchandise refusée par le service qualité, etc. Pour faire son travail, Albert K... n'a pas les outils nécessaires, ni les indicateurs indispensables pour prévoir le réapprovisionnement. L'ancien système informatique n'est pas suffisant, le nouveau n'est pas encore en place. Albert n'a pas toujours connaissance des consommations, ni des stocks de certaines matières premières, comme les tissus. Il n'a pas d'informations pour le guider. Et « *son principal souci, c'est de louper quelque chose, d'oublier un achat à faire* ». Pour lui, « *approvisionner dans un entreprise ça a un sens, et le sens c'est quand même que les clients ne soient jamais en rupture* ». Pour pallier aux déficiences organisationnelles Albert K... se déplace, il va voir dans le magasin combien il reste de palettes de tel produit avant de commander, il mémorise tout ce stockage. Ce travail de planification des achats ne le quitte plus, il doit y penser en permanence pour ne pas oublier quelque chose, même le week-end. Il dit : « *J'arrivais à être tellement imprégné de ça, qu'il y a des signes que je ne voyais même pas et qui me revenaient bien après. Par exemple rien que de passer devant un rayon,*

une heure après ou le lendemain, y avait comme une petite lampe qui s'allumait dans ma tête, je me disais, c'est pas clair ça, ils ont du consommer plus que prévu. J'arrivais à sentir les choses, j'étais tout le temps en éveil, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. »

Un bureau agréable, un peu musée où l'on retrouve tous les vieux appareils de mesure pour tester la gaze des compresses mais surtout lieu ressources où chacun peut trouver tous les classeurs des fournisseurs. Le temps passé dans son bureau met en visibilité toutes les sollicitations auxquelles Albert K... doit répondre en permanence.

Le P-DG est tout à fait satisfait du travail de M. Albert K... qui est un collaborateur de longue date dans lequel il a toute confiance. Il pense que la mise en place de la GPAO permettra une meilleure organisation et une meilleure gestion des stocks, et il ne peut accorder à M. K... qu'un stagiaire ou une aide temporaire. Mais le P-DG reprend en charge le fournisseur chinois de gaze tissée, ce qui soulage M. Albert K.... Mais fin 2004, malgré les efforts de chacun, la GPAO n'est toujours pas opérationnelle. Le patron vend l'entreprise à d'anciens associés. La nouvelle direction arrive donc avec d'autres productions, d'autres fournisseurs ce qui augmente encore le travail des achats.

Lors de la dernière visite annuelle en septembre 2005, Albert présente toujours des signes de surmenage, il travaille parfois jusqu'à 22 h le soir, parfois le week-end, « *Mais, – dit-il – c'est ma contribution pour l'entreprise et pour la nouvelle direction* ». Un poste d'adjoint aux achats est prévu, Albert est tenu informé des candidatures et doit participer à l'embauche.

Albert K... téléphone dans le service un matin, il travaille mais il ne va pas bien du tout, il souhaiterait me rencontrer, je lui propose un rendez vous pour une consultation l'après-midi. Dès le début de l'entretien, spontanément Albert se dit « *détruit, complètement détruit, incapable de penser et de travailler* ». Depuis trois mois, la direction a embauché une personne pour l'aider aux achats. Albert a participé à son embauche et est satisfait du choix. Quand cette jeune femme a pris son poste, il lui a expliqué le travail, lui a fait part de la complexité de l'activité du travail. Au fil des jours de cette première semaine, Albert s'est senti de plus en plus anxieux, « *J'avais de plus en plus le trac* ». Au bout de quatre jours, il a été obligé de s'arrêter en maladie, il ne pouvait plus travailler, « *J'ai explosé en vol* ». Il a repris au bout de trois semaines, mais les difficultés n'ont fait qu'empirer, des différends se sont installés entre les deux salariés, alors qu'ils n'existaient pas au début. Albert s'est arrêté de nouveau quinze jours, il a repris hier, mais ne peut plus continuer. Albert a déjà consulté son médecin traitant plusieurs fois, il est sous Seropram^o depuis début janvier, et il dort très mal depuis qu'il prend ce médicament.

Comment se fait-il qu'Albert qui attendait cette embauche depuis si longtemps, craque justement quand une aide devient possible ? Est-ce qu'il y a eu des éléments perturbateurs, des signes d'alerte ? Il explique : « *Depuis début 2005, j'ai repris les dossiers de M. X... (ancien patron), au*

printemps on m'a donné une partie des fournisseurs que la nouvelle direction a apporté avec elle. Quand je le dis, personne ne me croit. J'étais si fatigué que je n'avais plus de ressort, on fait un raisonnement et puis on s'arrête, il n'y a plus la conclusion ou la conséquence, j'en étais là ».

Est-ce que des conflits sont apparus avec la nouvelle collaboratrice ? Comment s'est passée la première semaine de travail à deux ? *« La première chose que je lui ai dite, c'est qu'il n'y aurait pas de problème avec moi, que je n'en étais plus à vouloir faire carrière, que je n'allais pas vouloir tout accaparer. J'ai mis les choses au clair entre nous. On a commencé pour le fournisseur chinois qui est un gros morceau. Ça l'a sidérée que je puisse tout faire tout seul. Ses anciens collègues lui ont même dit que c'était impossible. Elle a vu tous les gens qui arrivaient dans le bureau, ça aussi ça l'a estomaquée. Moi je gérais tout de tête, ça va au-delà des achats, j'ai écrit des procédures, je gérais des non-conformités. Par contre à la fin, Je n'y arrivais plus. »*

Albert K... a envisagé de cesser son activité de travail, il a demandé son dossier retraite. Il pourra sans doute partir dans un an, peut-être faudra-t-il qu'il rachète des points de retraite, le dossier est en cours. Est-ce qu'il pense que son état de santé actuel imposerait un départ anticipé ? une incapacité médicale ? L'émotion surgit à cette question, à l'idée qu'il soit obligé d'arrêter de travailler avant l'âge normal de sa retraite, qu'il soit dans l'impossibilité de respecter l'objectif qu'il s'était fixé, et que finalement il ne soit pas à la hauteur. Est-ce que ce sentiment de n'être pas à la hauteur pourrait mettre sa vie en danger ? À cette question, Albert répond non, qu'il n'a pas d'idées suicidaires, qu'il est seulement épuisé et qu'il ne peut plus travailler.

Je propose à Albert de consulter son médecin traitant en vue d'un nouvel arrêt de travail, indispensable, et souhaité par lui. Je fais avec lui l'hypothèse que ses problèmes de santé sont en lien direct avec ses conditions de travail, mais que la surcharge de travail n'explique pas tout, et qu'il est, à ce stade de la consultation, difficile de comprendre ce qui a entraîné cette décompensation, même si on peut faire un certain nombre d'hypothèses : la mise au point du système informatique, le changement de direction, l'arrivée d'une collaboratrice, le changement de locaux... Je lui expose l'ensemble de ses droits de travailleur face à une telle situation de travail, en particulier en ce qui concerne l'incapacité médicale temporaire (document que je faxe ce jour à son employeur) et l'incapacité médicale définitive. Sur sa demande, je téléphone à son médecin traitant. Je propose à Albert de me donner de ses nouvelles par téléphone dans un mois. Le soir même la responsable ressources humaines me téléphone pour accuser réception de l'avis d'incapacité. Le directeur téléphone pour prendre des nouvelles de M. Albert tout en me signalant que celui-ci vérifie tout, qu'il a beaucoup de difficultés à faire confiance à l'informatique, ce qui peut poser problèmes entre les différents collaborateurs.

Trois semaines plus tard, Albert donne de ses nouvelles par téléphone, son médecin traitant lui a conseillé de reprendre contact avec le médecin du travail, je le revois en consulta-

tion. D'emblée Albert met en avant les impasses dans lesquelles l'activité de travail le mettait, impasses liées à l'insuffisance du système informatique, mais aussi aux problèmes d'organisation et de rangement du magasin : *« Il y a un magasin de tissus, on sait où est le magasin de tissus, mais il n'y a rien qui dit combien il en reste, ni si on en consomme plus qu'avant. »* Les magasiniers savent où est le tissu, mais il n'y a pas d'emplacement pour chaque catégorie de tissus. Ils gèrent les entrées, mais pas le stock. Pour compenser ces problèmes d'organisation Albert fait appel à toutes ses capacités de perception sensible des choses. Il travaille avec l'ensemble des matières premières, il habite ce monde des achats.

Quand je reprends des éléments sur l'arrêt éventuel du travail, sur un départ anticipé ce qui avait entraîné beaucoup d'émotion lors de la première consultation, Albert ne reprend pas cette question comme un problème pour lui, il dit : *« J'aurais plutôt préféré que ça finisse normalement. »* Il a changé de point de vue sur cette question : *« C'est quelque chose qui est important de partir en retraite en bonne santé, je pensais plutôt le contraire, aller jusqu'au bout quoiqu'il arrive. »*

Albert dort toujours aussi mal, il fait le tour du lac tous les jours, il est toujours très fatigué physiquement, mais il a repris des activités intellectuelles, *« Seulement cette semaine j'ai retrouvé l'envie de lire quelque chose. »* À ma question : *« Est-ce que vous envisagez de retourner au travail ? »* Albert répond oui, cela lui semble possible, mais seulement s'il retrouve son sommeil. *« Je ne me suis jamais senti indispensable, mais avec la mise en place en place du nouveau système informatique, là je serai réellement moins indispensable. Ça fait quinze ans que je suis sous pression, et maintenant ce que je ressens, c'est que je sois libéré de cette pression. »*

Il faut revenir sur l'activité d'Albert : *« On me reprochait d'avoir trop de stock, alors que moi je n'avais pas connaissance du stock. Le stock sur l'informatique, il est faux, complètement faux dans un rapport de 1 à 100. »* L'ancien patron, il avait la même conception que vous pour les achats ? *« Il ne s'occupait même pas de la manière dont je procédais. Ce qui me touchait, c'est le fait d'être confronté à un problème qu'on a aucune chance de résoudre. »* Est-ce que vous avez été mis en difficulté dans votre travail d'approvisionnement ? *« Pour le fournisseur chinois, j'ai été mis en difficultés parce que j'avais même pas les infos. »* Qu'est ce qu'on vous a dit ? *« Même pas grand-chose, on a fait les commandes par avion. »* C'était difficile à vivre pour vous ? *« Oui, mais il ne faut pas exagérer, il n'y a pas de honte, parce que vraiment on ne pouvait pas faire autrement. »*

Albert raconte alors ce qui s'est passé le dernier soir de travail avant son premier arrêt maladie. *« Le soir, le directeur et le directeur adjoint sont venus en me disant : on a regardé le stock, ça ne va pas, vous commandez des trucs qu'il ne faut pas. Ça m'avait agacé, je m'en rappelle, j'avais répondu sèchement en disant : qu'est ce que je fais, j'annule ou je n'annule pas ? Il m'a dit : vous annulez. Quand je me*

suis arrêté en maladie, – il n'en fallait plus –, c'était un reproche. Et trois semaines après, je rentre, – il en faut. On vous dit une chose, après on vous dit le contraire. »

Je revois Albert en consultation à sa demande Il va mieux mais dort toujours peu. Son arrêt maladie l'a rapproché de sa femme, il s'est rendu compte qu'elle était contente qu'il soit là, qu'elle était seule depuis son départ en préretraite. Ils font le tour du lac ensemble. Il est toujours en arrêt maladie, mais pense demander quelques jours de congés pour aller voir sa fille à Rouen. Il envisage son retour au travail même s'il pense que ça ne sera pas facile.

Il faut revenir sur les relations de travail avec les magasiniers, avec les autres cadres. Albert a le sentiment d'être apprécié de tous. Pourtant ils ne sont que deux à travailler si tard, à venir le samedi matin. *« J'ai toujours été considéré à part, mais les gens savaient que ce n'était pas pour leur faire du tort, que c'était ma manière de travailler. »*

Il faut revenir aussi sur les relations avec la direction. Deux mondes différents, ancien patron et nouveau patron. Refus par la direction, en juin, d'embaucher une personne qui avait été choisi par Albert. Pas de reconnaissance de la nouvelle direction. *« J'ai fait quelque chose d'exceptionnel dans le sens des capacités qu'il a fallu mobiliser pour faire ça, en toute humilité, j'en suis conscient et je crois qu'il y en a peu qui s'en sont rendus compte. »*

Comment envisagez-vous le travail avec votre collaboratrice ? Quels étaient les différents entre vous ? *« Quand j'ai repris après mon premier arrêt maladie, elle m'a dit qu'il y avait des choses qui ne lui plaisaient pas. Elle ne me parlait plus. Ça m'était très difficile d'être dans le même bureau. », « Nous sommes diamétralement opposés. Je me suis toujours considéré comme une personne au sein d'une communauté, au service d'une communauté, j'ai toujours travaillé au service des autres. Elle, elle veut faire sa place. »* Quand je lui fais remarquer que c'est une règle difficile à tenir dans la situation actuelle, que c'est une règle qui n'est pas forcément partagée par tous, il dit que cette décision était enfouie, qu'il s'en rend compte maintenant. Albert explique qu'il avait présenté un épisode dépressif de quelques mois à l'âge de vingt ans, après quatre années de travail répétitif sous contrainte de temps, sur des continus à filer, un épisode existentiel dont il avait voulu se sortir seul, sans prendre de médicaments, et qui l'avait obligé à repenser son rapport aux choses et au monde, d'où sa décision de travailler au service des autres, en travaillant aux achats.

Albert a repris son travail puis il est parti en retraite quelques mois après, il est venu quelques fois dans le service pour nous donner de ses nouvelles et il va bien.

Odile RIQUET

L' Association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (ASS. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

Elle organise annuellement une Réunion-Congrès ainsi que des journées de réflexion sur des thèmes d'actualité en médecine du travail.

Elle assure la publication annuelle des Cahiers S.M.T.

Le 30^e Congrès annuel se tiendra à Paris, les 12 et 13 décembre 2009, avec pour thèmes :

- ♦ Règles de métier et Fiche de suivi médical : quelles pratiques ?
- ♦ Accréditation: un piège qui empêche de penser les pratiques professionnelles

Pour toute information ou pré-réservation, prière de s'adresser à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE 06 79 72 44 30

courriel : a.smt@wanadoo.fr

ou sur le site internet : <http://www.a-smt.org>

Pour les conditions d'abonnement et d'adhésion, voir pages 35 et 59

EVEREST, DES INDICATEURS POUR L'ENTREPRISE QUI DÉDOUANENT LES MÉDECINS DU TRAVAIL DE LEUR RESPONSABILITÉ PROPRE

EVEREST n'est pas spécifiquement un dispositif de veille médicale, car il n'instruit pas les effets de la santé psychique en lien avec le travail. C'est un dispositif qui peut dire des choses un peu générales et parfois relativement spécifiques pour une entreprise un peu grande.

EVEREST est-il un dispositif spécifiquement médical ? Non, je crois que c'est un dispositif de Ressources Humaines intelligent qui peut être utile parfois.

Mais il y a problème du point de vue de la construction des pratiques professionnelles en médecine du travail :

- Il me semble que **les médecins du travail doivent veiller et alerter en responsabilité personnelle, avant que la question de construction d'un consensus social dans l'entreprise n'émerge.**
- Il me semble que les médecins du travail doivent pouvoir faire des liens travail-santé de façon totalement indépendante de la direction d'une entreprise, simplement parce qu'ils se doivent de s'affranchir des autres logiques hors du point de vue de la santé au travail.
- Il me semble que **les médecins du travail doivent produire « des diagnostics médicaux » construits à partir d'une pratique en « clinique médicale du travail », concernant les effets du travail sur la santé.** Faisant ces diagnostics, légitimant par exemple la réalité d'atteinte à la santé psychique, et évoquant des pistes compréhensives à visée individuelle et collective très concrètes du côté du travail, ils peuvent ouvrir à la prévention primaire

Je souscrirais volontiers pour la quasi obligation faite à un médecin du travail d'appartenir à des dispositifs nationaux de veille médicale en santé au travail coordonnés par un organisme indépendant.

Je ne crois pas que des dispositifs statistiques locaux puissent avoir d'autres effets que de confirmer éventuellement avec des chiffres la réalité d'un problème.

La question pour moi n'est pas là. Si les médecins du travail doivent développer une pratique de clinique médicale du travail, éventuellement et simplement secondairement, une éventuelle retombée chiffrée d'une façon ou d'une autre de cette pratique clinique l'illustrera. Ce qui est important dans la démarche de clinique médicale du travail qui est spécifiquement qualitative, c'est la démarche de déplacement des questionnements, d'interrogation de tel ou tel élément très concret de l'organisation du travail.

Et évidemment, l'accompagnement clinique du point de vue individuel est fondamental pour l'issue d'un processus morbide et la capacité de recouvrer son pouvoir d'agir.

J'ai une expérience avec des médecins de mon entreprise d'un dispositif de veille à partir de diagnostics médicaux sensibles de santé psychique au travail. En soi, cela sert à peu de choses, sauf que des données chiffrées ultra concrètes construites sur une veille clinique entraînent les médecins du travail à expliciter leur diagnostic collectif, à rendre compte socialement de leur veille médicale.

Évidemment, même dans ce dispositif de veille à partir de diagnostics médicaux, les médecins du travail qui les décomptent d'une façon vide de sens n'arriveront à rien, sauf peut-être à permettre un débat dans l'espace public interne de leur entreprise (CHSCT) sur le pourquoi de ces données, leur interprétation ou non selon le médecin du travail et les partenaires sociaux.

Hors d'une système de veille médicale type INVS, il y a danger de mon point de vue à entraîner les médecins du travail à produire du chiffre qui ne soit pas ancrés à une pratique de clinique médicale du travail très concrète :

- **parce que ce dispositif EVEREST ne pouvant pas apporter l'éclairage local suffisamment concret ne pourra pas être le support d'une vraie veille médicale réactive.** Je sais que peu de médecin du travail arrivent à déployer une pratique de veille et d'alerte, de leur vraie initiative et responsabilité professionnelle. Mais cela se développe tendanciellement. J'aimerais croire que le dispositif EVEREST l'a permis à ses meilleurs promoteurs. J'en doute car il ne produit pas d'information médicale au-delà des commentaires éternels sur les items. Et s'il y a pratique clinique à côté, pourquoi pas, ce n'est pas exact que le questionnaire l'enrichit.
- **parce que ce dispositif éloigne objectivement les médecins du travail de leur nécessaire obligation professionnelle à déployer et enrichir une clinique médicale du travail.**

Troquer une aptitude vide de sens, contre une production chiffrée vide de pratique médicale est un redoutable dispositif pour légitimer (et à raison alors !), l'inutilité de la médecine du travail. Par principe, j'ai une réticence absolue à suivre un dispositif mis en place dans une instance du CISME, mais j'aurai pu écrire EDF. Les pratiques médicales doivent être formellement indépendants des dispositifs mis en œuvre par les employeurs, fussent-ils de bonne foi.

Les dispositifs professionnels légitimes doivent passer par un vrai débat professionnel. Je peux me tromper, mais quand les signataires de données d'une étude appartenant à une entreprise, n'ont pas le cadre professionnel qui accrédite leur

indépendance, j'ai les plus grands doutes sur la potentialité créatrice d'un tel dispositif dans le cadre des droits et devoirs de la médecine du travail.

EVEREST par ses promoteurs médecins du travail a été relié à un dispositif de clinique médicale du travail. Ce n'est évidemment pas exact, résulte d'une sorte d'aveuglement, et sans le vouloir j'imagine, précarise grandement le développement d'une clinique médicale du travail.

J'ai toujours vu d'un très mauvais œil l'intervention d'autres professionnels, ici de statisticiens même de talent, interférer sans vraiment sans rendre compte avec des débats professionnels fondamentaux qui leur sont étrangers, à partir d'une autre logique qui leur est propre et qui en soit est évidemment recevable, apporter des éléments chiffrés intelligents pour les entreprises.

Aujourd'hui il est clair que pour le CISME, un tel dispositif, qui n'est pas dangereux en soi et peut même apporter des données générales utiles, s'inscrit dans une alternative à la médecine du travail comme pratique médicale.

Supprimons tout de suite les médecins du travail si on pense qu'une pratique médicale peut avantageusement être remplacée par des questionnaires.

De cela, ce ne sont pas les statisticiens promoteurs d'EVEREST qui sont responsables, mais les médecins du travail eux-mêmes, perturbés par la religion du chiffre qui leur apparaît comme une stratégie aisée pour faire évoluer les pratiques des médecins du travail. C'est vraiment une erreur, car le chiffre contourne la question de la clinique médicale du travail et ne permet pas son instruction.

Dominique HUEZ

ATTESTER DES EXPOSITIONS EN MÉDECINE DU TRAVAIL IL EST RISQUÉ DE NE PAS DIRE LE RISQUE!

EDF a été condamnée en décembre 2008 par la Chambre sociale de la cour d'appel à délivrer, à deux retraités, des attestations d'expositions à certains CMR. Cette entreprise n'avait pas délivré spontanément ces documents et avait refusé de les rédiger à la demande des retraités concernés. Elle faisait appel d'une décision du conseil des prud'hommes la condamnant à délivrer les attestations.

Ces deux retraités avaient travaillé comme agents d'exploitation et d'entretien dans une centrale thermique de production d'électricité à combustible fossile. Des études épidémiologiques de l'INVS sur la mortalité et la morbidité des agents EDF-GDF entre 1978 et 1998(1) met en évidence, pour les agents de ce secteur, une surmortalité relative par cancer doublée par rapport à la moyenne des agents de l'entreprise.

Malgré l'évidence de la présence, dans une telle usine de production, de cancérogènes en très grand nombre, du fait de la nature même du processus et des modes de travail en entretien de cette unité d'industrie lourde, l'employeur de défère pas, le plus souvent, à ses obligations réglementaires de traçabilité. Il a même été délivré, à certains agents de ce secteur, des attestations de « non exposition » à l'amiante !

L'arrêt est voué à faire jurisprudence, tant sur ses attendus que sur ses conclusions. L'entreprise est condamnée à rédi-

.....

1 - Analyse de la mortalité générale et par cancer des travailleurs et ex-travailleurs d'Électricité de France et Gaz de France, INVS, octobre 2005

Surveillance épidémiologique en entreprise : analyse sur 20 ans de la mortalité des travailleurs et ex-travailleurs d' EDF-GDF, INVS, août 2006

ger des attestations pour les produits cancérogènes repérés, sous peine d'une astreinte financière par jour de délai.

Les attendus prennent en compte les déclarations d'autres salariés qu'avaient produites les deux retraités. Ils mettent également au premier plan les attestations délivrées par deux médecins, en charge du suivi post-professionnel des retraités. Notamment, la liste des cancérogènes pour lesquels l'entreprise est astreinte à rédiger les attestations est celle dressée par les médecins.

Les œuvres sociales de l'équivalent du CCE d'EDF-GDF (CCAS) ont mis en place, dans leur dispensaire parisien, une consultation de suivi médical post professionnel depuis 2003. Cette consultation est réservée, au regard de son financement, aux retraités des IEG et à leurs ayant-droits. Elle a pour finalité : d'identifier les expositions professionnelles, de renseigner sur les procédures les agents et leurs ayants droits, d'instruire les demandes d'attestation, d'aider à les obtenir et d'analyser celle-ci, d'obtenir la prise en charge du suivi médical par la CPAM, de proposer des modalités de surveillance quand elles ne sont pas prévues par les textes réglementaires, de prescrire et de faire réaliser les examens complémentaires de surveillance, à la demande de l'agent et, éventuellement, de son médecin traitant, de dépister une éventuelle maladie professionnelle, d'envisager, si nécessaire, les procédures de reconnaissance des éventuelles maladies professionnelles et d'aider à la déclaration de celles-ci, y compris par les ayants droits.

Le médecin qui en est actuellement chargé est un médecin du travail EDF-GDF retraité et son attestation est venue compléter celle de son confrère précédent, attestation qui avait participé de la décision prud'homale.

Le médecin responsable actuellement de cette consultation a exercé, comme médecin du travail, pendant plus de dix ans dans une centrale thermique de même nature et quelques mois dans l'usine où travaillaient les deux retraités. Il était donc parfaitement qualifié pour intervenir dans ce cadre.

Toutefois, ce qui a sans doute été décisif dans la décision de la cour a été que, non seulement il attestait de la présence des cancérigènes et de leur utilisation, mais qu'il était également en mesure de relier ces expositions à la nature même des tâches qui les généraient et ceci dans le détail. De plus les annexes à l'attestation comportaient, notamment, les fiches techniques des préparations chimiques contenant les agents cancérigènes.

Un tel degré de précision ne doit rien au hasard, ni à une particulière compétence du médecin, mais bien à l'action collective des médecins du travail EDF-GDF, poursuivie, sous des formes diverses, depuis 1952. Ils avaient su, collectivement, mettre en place en matière de risque chimique et d'autres risques, une série d'expertises collectives et les concrétiser par des outils informatiques et des bases techniques d'abord documentaires classiques puis informatisées. Tout médecin du travail des entreprises issues d'EDF-GDF peut aujourd'hui attester, pour la majorité des agents retraités ou actifs, des expositions, non seulement sur ses propres constats, mais aussi, notamment pour le passé, sur la base de cette expertise médicale collective.

Il est donc un peu surprenant de constater la pusillanimité de certains médecins du travail dans ce domaine. Cette attitude qu'on pourrait estimer prudente est en fait, paradoxalement, relativement périlleuse.

Rappelons en préambule que le médecin du travail est un médecin de première ligne et que par conséquent, son souci unique est celui de la santé de la personne qui la lui confie. Il a certes des devoirs envers des tiers (employeurs, représentants du personnel...) mais ceux là, ne sont que secondaires par rapport à ses devoirs vis-à-vis de celui que le Code de la santé publique nomme son patient.

Parmi ses devoirs, celui de dire la nature du risque encouru par le salarié est au premier plan des obligations du Code de la santé publique(2). Le Code du travail étend cette obligation professionnelle de conseil en santé au travail, vis-à-vis de chaque salarié, à la « protection des travailleurs en matière de nuisances » (R.4623-1) dans le but « d'éviter

.....

2 - Art. L.1111-2. – « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. »

toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail » (L.4622-3).

Pour accomplir cette mission d'information et de conseil, du fait de l'obligation de moyen qui s'impose à tout médecin, le médecin du travail doit, en tout premier lieu, repérer les risques (c'est-à-dire les facteurs de risques et leur occurrence d'effets sur la santé) que court le salarié. Ce repérage est notamment formalisé par poste de travail dans la fiche d'entreprise (D.4624-37 à D.4624-41).

Le médecin bénéficie dans le domaine particulier des risques chimiques et CMR de l'obligation de transmission par l'employeur de renseignements très précis(3).

Toutefois maîtriser ce domaine est impossible sans un travail collectif entre pairs. Dans notre exemple, les médecins EDF-GDF ont à leur disposition des fiches de postes « repères » (issues de la matrice emploi exposition ou d'expertises collectives) qui peuvent servir de base de départ à la constitution de fiches de postes, spécifique à chaque médecin du travail.

À chaque facteur de risque repéré par le médecin du travail devrait correspondre une modalité de veille médicale qui vise à surveiller l'absence d'effets ou la survenue effective du risque. Les résultats de cette veille médicale portent sur les liens entre la santé des travailleurs et les risques. Leur mise en visibilité collective et les éventuelles alertes cristallisent les veilles médicales individuelles.

Toutefois, chaque travailleur a le droit, pour ce qui le concerne, à une information adaptée, par le médecin du travail, sur ses risques et leurs effets éventuels. Cette information, consignée et tenue à jour, constitue la traçabilité individuelle des expositions, à laquelle ne se substitue pas totalement la traçabilité collective des documents médicaux réglementaires.

La fiche de suivi médical professionnel délivrée à chaque salarié devrait être un moyen de formaliser cette information. Rien n'empêche toutefois de délivrer lors de chaque consultation un double d'une fiche d'identification des expositions tenue à jour dans le dossier.

Mais la fiche de suivi médical professionnel, dont un double est transmis à l'employeur, permet aussi de l'informer et de lui permettre d'assumer sa responsabilité de prévention. Une fiche d'identification des expositions tenue à jour a, par contre, l'avantage de faciliter la transmission de la traçabilité des risques de médecin du travail à médecin du travail par l'entremise du salarié et plus encore de permettre l'établissement de l'attestation d'exposition en cas de départ de l'entreprise.

.....

3 - Article R.4624-4 – « Afin d'éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail, le médecin du travail est informé :
1° De la nature et de la composition des produits utilisés ainsi que de leurs modalités d'emploi, indépendamment des dispositions des articles L.44111 à L.44115.
L'employeur transmet notamment au médecin du travail les fiches de données de sécurité fournies par le fournisseur de ces produits.
2° Des résultats de toutes les mesures et analyses réalisées dans les domaines mentionnés à l'article R.46231. »

Comme tout médecin, un médecin du travail est soumis à l'obligation déontologique d'assurer à son patient l'accès à ses droits légitimes(4). Il est également dans l'obligation de signaler toute maladie qui pourrait avoir un lien avec le travail. Il pratique les examens complémentaires nécessaires au dépistage (R.4624-25) des maladies professionnelles. La veille médicale comporte par conséquent leur dépistage et implique la rédaction des certificats nécessaires à leur reconnaissance. Cela constitue une extension de la traçabilité aux effets des risques.

Au départ de l'entreprise, la rigueur de la traçabilité permettra au médecin de rédiger sa partie de l'attestation d'exposition. Dans la mesure où il a l'obligation de tracer les risques et le devoir de permettre de prévenir leurs effets il ne peut s'abstenir de consigner l'identification des expositions dans ce cadre réglementaire. Quand bien même contre toute logique et de façon illégale, l'employeur s'abstiendrait d'attester, le médecin doit pouvoir attester, comme le lui propose la circulaire DRT N°12 du 24 mai 2006 sur le décret risque chimique : « *En cas de désaccord entre le médecin du travail et l'employeur sur l'attestation d'exposition, le médecin du travail peut délivrer à l'intéressé un certificat dont l'organisme de sécurité sociale peut tenir compte...* »

Il y a dans cette possibilité une menace implicite. Ne pas l'utiliser c'est, pour un médecin du travail, se condamner à partager la responsabilité de l'employeur.

Ne pourrait-on, en outre, lui reprocher un défaut de moyen dans l'exercice de ses missions notamment en matière de repérage et de surveillance médicale des expositions ?

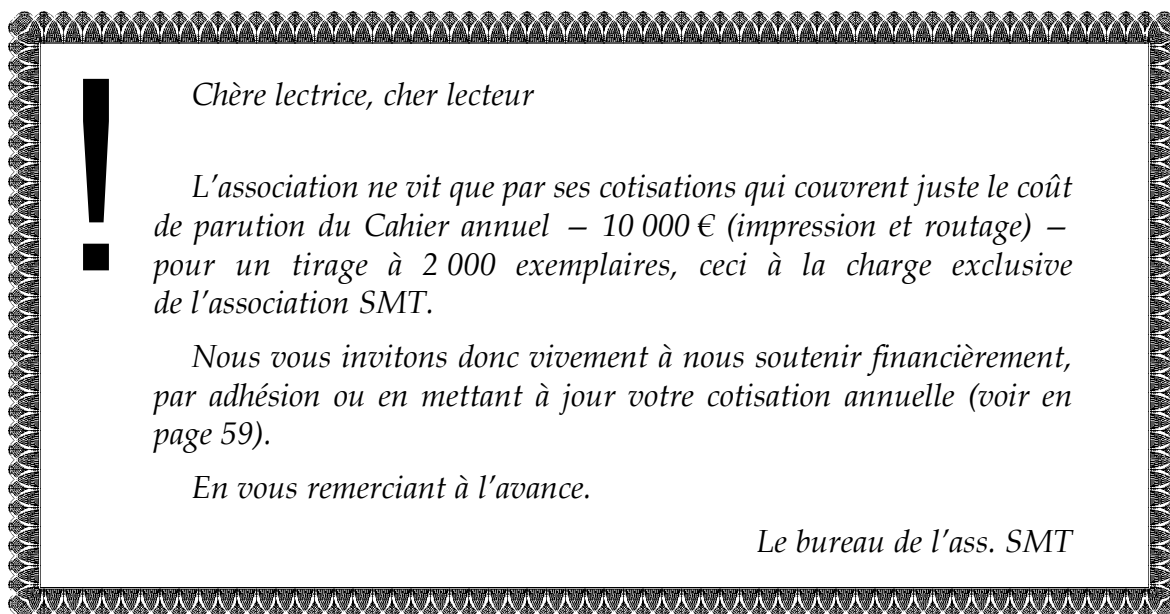
Ne pourrait-on légitimement lui faire grief de ne pas avoir mis en place une traçabilité des expositions ?

A fortiori, s'il s'avérait qu'il en avait les moyens, ne pourrait-on considérer que l'abstention d'attestation constitue défaut d'assistance dans la mesure où elle ne permet pas un suivi médical post exposition régulier de nature préventive, alors que le danger est avéré ? Dans ce domaine comme dans beaucoup d'autres, il est décidément risqué pour un médecin du travail de s'abstenir d'attester. Si les juges attachent une telle importance à la traçabilité établie par le médecin, ne seraient-ils pas particulièrement sévères en cas de carence du médecin du travail dans ce domaine ?

Alain CARRÉ

.....

4 - Article R.4127-50 du Code de la santé publique (extrait)
« *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit...* »



!

Chère lectrice, cher lecteur

L'association ne vit que par ses cotisations qui couvrent juste le coût de parution du Cahier annuel – 10 000 € (impression et routage) – pour un tirage à 2 000 exemplaires, ceci à la charge exclusive de l'association SMT.

Nous vous invitons donc vivement à nous soutenir financièrement, par adhésion ou en mettant à jour votre cotisation annuelle (voir en page 59).

En vous remerciant à l'avance.

Le bureau de l'ass. SMT

CONSERVATION ET TRANSFERT DES DONNÉES

Journée de Printemps 2009 de l'Ass.SMT

Établir une mémoire des expositions professionnelles, un suivi longitudinal du vécu du travail est au cœur du métier. À cette fin la nécessité du recueil des données semble évidente, mais dans quel but comment et avec quelles limites ? L'objectif est de contribuer à la réalisation d'une veille sanitaire pour la préservation de la santé de la personne et pour le maintien au travail.

Ce recueil se fait à partir de données résultantes de l'observation médicale et de celles transmises par le salarié. Transcrites dans le dossier médical, elles appartiennent à celui qui en est le sujet, le salarié.

La formalisation du recueil pourra s'appuyer sur les recommandations de l'Haute Autorité de Santé (HAS) sur le contenu du dossier médical.

Les limites de la mémoire médicale amènent certains d'entre-nous, en cas de transmission de données sensibles, à utiliser une écriture codée ou à écrire des commentaires « qui sont incompréhensibles pour l'autre mais pas pour moi », utilisation d'un langage hermétique pour les non initiés. Si les méthodes d'écriture diffèrent on doit néanmoins pouvoir toujours s'en expliquer aux autres.

La pratique nous amène à reprendre le suivi de dossiers de gens déjà suivis dans l'entreprise par d'autres médecins. En cas de désaccord sur le contenu, jugement à l'emporte pièces, évaluation de l'état clinique ou du vécu au travail ; il apparaît important de tracer par l'écriture la discussion médicale remettant en cause l'avis précédent. De même il est nécessaire de faire de temps en temps une instruction clinique sans conclusion, récapitulative des observations recueillies antérieurement.

La question est posée des limites de l'exhaustivité du recueil, au regard de l'utilisation qui peut en être faite. L'accord de la personne peut être sollicité expressément dans certaines situations, de fait c'est parfois le salarié qui demande à ce que certaines données ne soient pas notées.

Une règle fondamentale veut que « ne peuvent s'écrire que des choses respectueuses pour les hommes et les femmes, et qui puissent leur faire l'objet d'une restitution ».

LE TRANSFERT DES DONNÉES

Le secret médical est malmené en service autonome, des interrogations existent sur les garanties de confidentialité en service interentreprises. Par ailleurs devant la multiplicité des médecins se succédant sur un poste se pose la question de la confiance entre pairs pour la gestion des données médicales.

Des recommandations de l'HAS(1), de l'application de la réglementation sur les transferts de dossiers d'un médecin à l'autre, à la réalité, l'écart est important. Mais il faut savoir prendre en compte les obligations du Code du travail(2), du Code de santé publique(3, 4), du Code de déontologie(5).

Le tout ou rien pose problème. La transmission de la continuité des expositions s'impose.

Existe-t-il des limites éventuelles pour celle des données cliniques ? La notion du droit à l'oubli est discutée. En particu-
.....

1 - Le dossier médical en santé au travail. HAS.2009. Annexe 1. p 16

2 - Selon le Code du travail (D.4624-46) dans les services de santé au travail, les médecins ne peuvent communiquer le dossier qu'aux médecins inspecteurs du travail ou à un médecin choisi par le salarié

lier celui de certains épisodes de souffrance (pour le salarié) est posé. Une remémoration est-elle souhaitable ? Face à une interrogation sur le système défensif des gens, une lecture deux ou trois ans après au salarié peut permettre une évaluation du possible.

Les courriers de tiers :

- L'instrumentalisation des médecins du travail par courriers de l'employeur dits « confidentiels » à propos d'un salarié est une pratique courante, qu'il faut savoir neutraliser, sous peine d'aliéner sa pratique.

.....

3 - L'article L.1110-4 du Code de la santé publique, inséré par la loi du 4 mars 2002 dispose : « Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant. (...) Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé... »

4 - Le Décret N°2002 637 du 30 avril 2002, relatif à la transmission du dossier médical stipule que tout malade ou ses ayants-droits peut demander la transmission du dossier médical à un médecin choisi par lui.

5 - Le Code de déontologie médicale indique, dans son article 96, que « les dossiers médicaux sont conservés sous la responsabilité du médecin qui les a établis »

- Si les courriers alertent sur un poste de travail, une situation nécessitant une démarche préventive, ils sont transférables. S'ils sont de caractère polémique ou anecdotique le choix se fait au cas par cas, selon le type d'entreprise et le contexte.

D'une façon générale, il convient de « garder son centre de gravité » et de se poser la question : Est-ce que ce que cela sert ou dessert le salarié ?

En cas de demande du salarié de transfert en vue d'une procédure en justice, faut-il remettre un dossier expurgé ou une fiche spéciale ?

La rédaction d'un résumé du dossier sous la forme d'un certificat, ou d'une fiche spéciale qui seront plus ciblés sur la problématique, semble plus efficace.

Au final le passage par le salarié est incontournable du fait de la Loi du 4 mars 2002, et surtout sur le plan éthique. Le salarié est sujet de son histoire.

« Une présentation éclairée du dossier doit alors lui être faite. À partir de ce moment, la communication conditionnelle des éléments du dossier lui appartient. » Cela peut aller jusqu'au refus total de transmission.

Alain RANDON, rapporteur

L'association SANTÉ ET MÉDECINE DU TRAVAIL (Ass. SMT) a pour objet de développer une réflexion et de permettre un échange sur les pratiques professionnelles et leurs conséquences scientifiques, sociales et éthiques pour agir sur l'évolution de la médecine du travail.

Elle est ouverte aux médecins du travail et aux spécialistes scientifiques et sociaux se préoccupant de la médecine du travail.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

PRÉSIDENT : Dominique HUEZ

VICE-PRÉSIDENT(E)S : Alain CARRÉ – Josiane CRÉMON – Annie LOUBET-DEVEAUX – Jocelyne MACHEFER – Nicolas SANDRET

TRÉSORIER : Jean-Noël DUBOIS

SECRÉTAIRE : Alain RANDON

ADMINISTRATEUR DU SITE WEB : Denis TEYSSEYRE

MEMBRES : Pierre ABÉCASSIS, Fabienne BARDOT, Chantal BERTIN, Marie-Andrée CADIOT, Benoît DE LABRUSSE, Jean-Marie EBER, Alain GROSSETÊTE, Michel GUILLAUMOT, Florence JEGOU, Claire LALLEMAND, Gérard LUCAS, Martine MANGIONE, Brigitte PANGAUD, Michèle PRÉVOST, Odile RIQUET, Gilles SEITZ, Martine TAVERNIER, Jean-Louis ZYLBERBERG

ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES PAR LA MÉTHODE DES GROUPES D'ANALYSE ENTRE PAIRS EN MÉDECINE DU TRAVAIL DU CONCEPT À LA PRATIQUE

L'EPP : Une obligation et déontologique et réglementaire mais surtout une chance : évaluer les pratiques professionnelles pour les faire évoluer.

➤ Une volonté : celle de médecins du travail conscients de la spécificité de leurs pratiques par rapport à celles du secteur de soins, médecins du travail le plus souvent déjà engagés dans des démarches de travail en groupe de pairs, autour de cas cliniques, médecins du travail désirant que cette évaluation / évolution réponde à cette spécificité et à cette méthodologie.

Pour concilier ces deux objectifs, autour d'une charte exposant les principes professionnels que ces médecins du travail estiment fondateurs de leurs pratiques, a été créée l'association « E-Pairs ». Pendant le long processus d'accréditation par la HAS durant l'année 2007, les premiers « groupes d'analyse des pratiques entre pairs » ou GAPEP se sont réunis. En effet, l'évaluation actuellement proposée par E-Pairs est exclusivement centrée sur les travaux en commun de groupes de médecins du travail. Ils s'engagent au respect de la charte, se réunissant formellement autour de cas cliniques que ceux ci soient tirés au sort ou répondent à une exploration de pratiques « situées *a priori* » qui serviront de base au questionnement

E-Pairs est une association loi de 1901 dirigée par un Conseil d'administration contrôlé par les assemblées générales annuelles. L'association comporte un Conseil scientifique qui éclaire de sa compétence cette évaluation et un « groupe projet », la cheville ouvrière de l'association pour le suivi et la valorisation de l'évaluation.

Notre exposé sera consacré au fonctionnement des GAPEP en référence à l'interface de l'association. Représenté par les binômes. L'ensemble des binômes constitue le Groupe Projet.

Cinq à 12 médecins du travail se constituent en GAPEP. Ils chargent l'un d'eux, la « personne relais », d'inscrire leur GAPEP auprès de E-pairs. Parallèlement, dans les six mois suivant l'inscription du GAPEP, chaque médecin transmet à son service employeur une convention, contractualisation avec l'association E-Pairs.

Un médecin du travail membre d'un GAPEP, s'engage à assister à un minimum de cinq réunions annuelles. Chaque réunion comporte la désignation tournante d'un animateur et d'un rapporteur. Le rapporteur doit rédiger un compte rendu des échanges auquel sont annexées les pièces exposant les cas anonymisés, présentés par les membres du GAPEP. Tous les médecins devront au fil du temps présenter des cas cliniques. Des références bibliographiques doivent être recherchées. La personne relais a en charge le lien du GAPEP avec E-Pairs et devra transmettre les feuilles de présence émargées et les comptes rendus de réunion.

Après validation de l'inscription comme GAPEP par le CA, le secrétaire du groupe projet, désigne deux médecins du travail du groupe projet, avec leur accord et celui du GAPEP, comme « binôme » du GAPEP. Le secrétaire animateur du groupe projet, lui-même binôme, assume une grande responsabilité ainsi qu'une charge de travail non négligeable.

Le rôle du binôme considéré, pour les besoins de l'exposé, comme personnalité unique est essentiel. Son action tourne autour de trois fonctions :

- Il assure l'interface de l'association avec le GAPEP et veille, de ce point de vue, à prendre contact et à le conserver avec la personne relais, son interlocuteur unique avec le GAPEP.
- Il rassemble et transmet au secrétaire du groupe projet les feuilles de présence émargées de chaque réu-

nion pour permettre l'attribution des crédits d'évaluation.

➤ Il reçoit les comptes rendus des réunions du GAPEP, et les adresse anonymisés à l'ensemble du Groupe Projet. Chaque année, le binôme rédige une synthèse de ce qu'il a pu comprendre des travaux du GAPEP, la transmet à la personne-relais pour discussion à l'intérieur du GAPEP et, après retour correctif éventuel, permet à l'association de produire des repères pour les pratiques marquant une étape de l'évolution de celles-ci pour les médecins du travail.

En aucun cas, un membre du binôme ne doit être considéré comme un référent pour les pratiques. Il s'agit de pairs agissant comme pairs, eux-mêmes médecins du travail de terrain. Même leur capacité de synthèse doit être soumise au contrôle du GAPEP. Cette pratique de la synthèse est la partie la plus enrichissante et, par-là même, passionnante de la fonction de membre d'un binôme puisqu'elle induit une récurrence sur sa propre pratique... et souvent constitue un exercice de modestie !

Les réunions régulières d'une journée (trois par an environ) du groupe projet, en configuration de groupe de pairs, permettent des échanges tout à fait formateurs par les débats autour des travaux des GAPEP et de leur pouvoir d'évocation sur les propres pratiques des membres des binômes.

Pour illustrer le propos nous exposerons brièvement la démarche d'évaluation des pratiques des deux premiers GAPEP inscrits : le GAPEP 07-001 s'est constitué début 2007 pour l'EPP avec huit médecins du travail d'un même service interentreprises à couverture départementale. Les règles de fonctionnement de E-Pairs ont été respectées.

À travers les cas cliniques, tirés au sort et étudiés, différents aspects du métier ont été discutés :

- l'intervention de fait du médecin du travail dans le parcours de soins des salariés, avec toute la difficulté à composer avec l'ambiguïté de l'aptitude, qui complique les rapports avec des médecins de soins librement choisis.
- la spécificité de l'exercice dans le champ social, avec les relations avec l'employeur, les autres salariés, le retour en prévention primaire après la prévention tertiaire, l'articulation subtile entre santé au travail et santé publique, l'articulation entre santé individuelle et santé du collectif.
- la question des traces écrites, (fiche d'entreprise, fiche de visite, rédaction des certificats médicaux, tenue du dossier individuel) a été régulièrement discutée.

À ce jour, les membres du GAPEP 07-001 sont satisfaits par ce type d'EPP, qui les engage dans la durée, mais leur permet d'enrichir leur pratique tout en participant à la construction du métier

Le GAPEP 07-002 est composé de 11 médecins du travail à mode d'exercice divers (inter, autonome, prévention), et fonctionne depuis plusieurs années. Le thème choisi est celui des pratiques « dans le domaine de la veille en santé

mentale au travail », dans le cadre de la préparation du Congrès de Tours. Les pratiques abordées par le groupe de pairs à partir de cas cliniques tournent notamment autour :

- La conduite à tenir dès lors que la maladie ou le handicap sont l'objet d'une incompréhension ou de tension dans l'entreprise.
- La question de la présence de tiers familiaux, notamment les conjoints, lors de la consultation à la demande du salarié.
- Les traces écrites et leurs formes en matière de veille en santé mentale.
- La spécificité des observations cliniques sur un même cas entre le médecin du travail et le médecin expert de pathologie professionnelle, qui démontre l'importance de l'intersubjectivité (celle du patient et celle du médecin) dans les pratiques et débouche sur la question des pratiques en regard du rôle social des acteurs.

Chacune de ces séances est riche en repères pour les pratiques. Faute de temps, c'est la synthèse de deux séances de mars et de septembre 2007 qui conclura cette présentation, en particulier parce qu'elle évoque la question des indicateurs en santé mentale au travail, question qui, depuis, a fait l'objet d'un rapport à la demande des pouvoirs publics.

L'interrogation du GAPEP porte tout d'abord sur le pourquoi des indicateurs, sur leur intérêt d'exister, sur leur limite ; ensuite seulement sur leur nature et leur qualité puis enfin sur leur utilisation dans les pratiques. Cette simple exposition de la structuration des pratiques autour de la pertinence stratégique, dans le seul intérêt de la santé du salarié, montre la distance qui sépare un exercice en secteur de soin, d'un exercice, celui des médecins du travail, dans un champ social ou la santé n'est pas une valeur qui va de soi où, par conséquent, les pratiques ne se conçoivent pas isolées du contexte notamment économique ou organisationnel de l'entreprise.

Le nécessaire lien des indicateurs avec le travail, leur importance pour un suivi longitudinal pour le même médecin, leur subordination à la clinique, leur confère une qualité mais ne sauraient les rendre exclusifs.

D'autres pratiques les complètent : visites périodiques rapprochées, parfois par sondage, traces individuelles colligées, travailleurs « sentinelles », traçabilité dans les rapports annuels ou les fiches d'entreprise, par exemple.

En prenant comme point de départ une observation clinique, celle d'un salarié après remplissage du questionnaire SAMOTRACE, le GAPEP engage une comparaison des indicateurs issus de ce questionnaire avec deux autres systèmes de recueil d'indicateurs.

À l'issue de cette réflexion trois repères pour les pratiques sont ici proposés en matière d'indicateurs en santé mentale au travail :

- Il n'existe pas de « bon » indicateur : la pertinence d'un indicateur est contingente des circonstances de son utilisation et liée à d'autres pratiques qui l'éclairent.
- La qualité d'un indicateur ne vaut que par la capa-

cité du médecin à relier cet indicateur à des risques précis repérés dans l'organisation du travail. Une pratique qui ne s'attacherait qu'à un dénombrement de pathologies, sans les relier à la situation de travail ou à des risques avérés n'aurait qu'une valeur incomplète.

➤ Un indicateur n'a qu'une fonction d'instantané dans le parcours du salarié. Une pratique pertinente impose donc une mise en perspective clinique qui relativise les réponses au questionnaire en mobilisant la sensibilité à écouter et à noter lors de l'entretien clinique

L'association E-Pairs, a dans ses projets avenir d'organiser des journées d'étude sur les repères pour la pratique élaborés par les GAPEP, de les diffuser à l'ensemble de la profession pour mise en débat et contribution à l'élaboration d'accords professionnels.

*Annie DEVEAUX, Thérèse BURET, Alain CARRÉ,
Jacques ROBINET (Association E-Pairs)*

UNE EXPÉRIENCE DE QUINZE ANS D'ANALYSE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ENTRE PAIRS⁽¹⁾

GAPP DE TOURS, GROUPE D'ACCOMPAGNEMENT DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES TRANSFORMÉ RÉCEMMENT EN GAPEP, GROUPE D'ANALYSES DES PRATIQUES ENTRE PAIRS

Depuis 1992 plusieurs groupes de médecins du travail de notre région ont expérimenté plusieurs méthodes d'analyse de leurs pratiques en groupes de pairs, pour essayer d'adapter leur métier à l'émergence de la souffrance au travail qui envahissait le champs de « l'altération de la santé du fait du travail » et devant laquelle ils se sentaient démunis.

Ne voulant pas se contenter d'« absorber comme une éponge » la souffrance exprimée, ils s'interrogeaient sur leurs possibilités d'action dans le sens du métier en mars 1992 à Tours, et invitaient Chr. DEJOURS pour présenter les apports de la psychodynamique du travail.

Une trentaine de médecins du travail, convaincus que le sens d'un travail et les façons de le faire ne peuvent s'élaborer qu'au sein même du collectif concerné, se sont déclarés volontaires pour participer à une « formation-action » qui partirait d'une réflexion sur notre profession :

Pour repérer les règles de métier concernant notre rôle face à la souffrance au travail, il nous fallait d'abord approfondir la compréhension de la nôtre, réfléchir ensemble sur les contradictions pénibles du métier et échanger sur son sens, sa légitimité, son utilité.

Deux groupes appelés « Paroles et Pratiques » à Tours et Orléans, ont fonctionné pendant un an avec des réunions

.....

1 - Communication présentée au 30^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

mensuelles, animés par Ph. DAVEZIES et D. LEBOUL, et ont restitué un rapport d'enquête, qui a été présenté en 1993 à la Société de Médecine du Travail (la « formation-action » s'était transformée en « formation-enquête » pour nous aider dans notre « action »).

La présentation des difficultés du métier que nous avons pourtant exprimées, nous a plutôt choqués à l'époque, alors qu'elles paraissent évidentes aujourd'hui :

- l'impossibilité d'objectiver le subjectif empêche de rendre compte de la souffrance mentale ;
- les pressions économiques des entreprises entravent notre action pour la santé ;
- le poids de la surcharge (abattage) nous oblige à éluder beaucoup de questions ;
- les contradictions entre nos rôles d'aptitude et de prévention ;
- la carence de reconnaissance autant du coté de l'entreprise que du monde médical ;
- les tentatives d'instrumentalisation par les RH ou les partenaires sociaux ;
- de fréquents vécus d'isolement, parfois des vécus d'agression ;
- souvent un sentiment d'inutilité.

Face à ce doute quant à leur rôle, les médecins du travail mettent en œuvre des stratégies défensives très différentes pour arriver à protéger leur identité professionnelle : pru-

dence, retrait, investissement sélectif, technicisation, juri-
disme...

Cette auto-expérimentation nous a permis de comprendre que c'était justement l'impossibilité de penser et discuter nos procédures défensives qui entravait la construction de savoir-faire communs et notre efficacité.

Il fallait dépasser cette étape pour progresser dans notre métier.

À la suite de débats agités dans la Société de Médecine du Travail, beaucoup d'entre nous ont souhaité travailler collectivement au sein de GAPP « Groupes d'Accompagnement des Pratiques Professionnelles » pour tenter de cimenter et enrichir la profession avec l'appui de la psychodynamique du travail. Des GAPP ont démarré à Orléans, Bourges, et Tours. Le GAPP de Tours fonctionne depuis 1993 et s'est adapté récemment en GAPEP comme j'expliquerai ensuite.

L'objectif du GAPP était de construire et rationaliser nos pratiques pour mieux répondre à la souffrance/travail, en échangeant sur nos façons de faire et réfléchissant aux règles sous-jacentes à nos décisions : **Mieux faire et mieux faire ensemble.**

Ce groupe de 11 à 15 médecins des différents services inter-entreprises et autonomes du département s'est réuni durant 15 ans, tous les deux mois, hors temps de travail (vendredi 20 h ou samedi).

Il était prévu de travailler de deux façons :

- une partie théorique par lecture et études de textes, parfois ardues, de psychologie du travail et psychodynamique du travail,
- et une partie clinique, devenue vite centrale, par discussion de cas concrets jugés difficiles ou intéressants que chacun présente selon ses souhaits.

En début de réunion nous fixons le programme selon les priorités d'action. Très vite le principe d'entraide avec interdiction de juger a permis la confiance mutuelle, une vraie liberté de l'expression et une sympathique convivialité.

Chaque réunion fait l'objet d'un compte rendu écrit adressé à tous, présents ou non. L'écrit permet de relire et parfois de revoir les faits dans le temps, et également de suivre l'évolution de nos pratiques.

La présentation du cas concret peut se faire à partir de notes, d'observation rédigée (monographie) ou simplement de mémoire pour les problèmes en cours.

Nous abordons souvent des situations graves où planent des risques de perte d'emploi, dangers, conflits, suicides, mais aussi *a posteriori* des cas qui nous interrogent sur notre rôle, ou des cas emblématiques. Autour de l'histoire racontée, les collègues demandent des précisions, se font décrire l'environnement, le contexte, le fonctionnement de l'équipe, le contenu du travail (le travail paraît si évident à l'intéressé qu'il ne le décrit jamais)... Puis chacun y va de son interprétation et de ses suggestions.

On essaie de comprendre ce qui n'est pas explicite, de décoder les stratégies défensives qui brouillent les pistes. On se

pose et on pose des questions. On rentre parfois chez soi perplexe ! Mais cela aide à nous interroger autrement et à interroger autrement les faits. Personne n'apporte de réponse mais c'est en réorientant l'analyse que l'on avance dans la compréhension d'une situation et que l'on voit mieux comment agir dans le sens de la santé.

Nous travaillons les cas cliniques dans trois dimensions très liées et complémentaires. Nous allons présenter les enseignements dans chacun des trois axes, issus de cas discutés en réunions, et non théoriques (72 compte rendus de réunions GAPP).

- Comment aider à la construction de la santé du sujet ? action individuelle ;
- Comment faire remonter le problème dans l'entreprise ? action collective ;
- Quelles règles de métier en tirer en temps que médecin du travail ?

PREMIER AXE : L'AIDE

À LA CONSTRUCTION DE LA SANTÉ DU SUJET

Comment aider quelqu'un à sortir de l'impasse et à reprendre la main ? Cela passe par l'écoute attentive, l'écoute compréhensive, qui permet :

- **Donner acte à la souffrance exprimée, sans juger.** Donner acte au vécu douloureux, au vécu de harcèlement, à l'arbitraire d'une décision, à l'humiliation, à la peur face au risque, ou la honte de faire des choses qu'on réprouve, cela permet de rassurer, et cela libère la parole. Aider le salarié à mettre en mots, l'aide à comprendre.
- **Entendre et comprendre les contraintes,** sans les légitimer, toutes les contraintes (physiques, chimiques, mais aussi coûts/délais, etc.), cela permet au salarié de réaliser les injonctions contradictoires qui le mettent forcément en échec d'un côté ou de l'autre, et le culpabilisent.
- **Décoder les procédures défensives,** qui reposent sur le déni, difficiles à déceler car elles s'instaurent inconsciemment et souvent collectivement pour continuer à travailler en masquant ce qui fait mal. Tant qu'elles fonctionnent elles protègent la « normalité » et doivent être respectées. Les carapaces les plus rigides sont les plus fragiles quand elles se fissurent, il faut agir avec prudence pour qu'un travail de fond soit mené collectivement.
- **Chercher les dysfonctionnements de la dynamique de construction de la santé dans l'investissement professionnel,** les entraves à la confiance et la coopération d'une équipe, les mises en concurrence qui gênent la cohésion et la reconnaissance des pairs, donc l'estime de soi. Il faut des espaces de discussion où tout peut se dire en confiance pour que se transmettent les savoir-faire, et que les salariés puissent coopérer et construire l'estime entre eux. Si la souffrance concerne l'investissement affectif, il faut protéger l'engagement dans le travail qui sert alors de pilier principal à l'équilibre psychique.

- **Aider le salarié à reprendre sa situation en main** ; aider à raconter aide à penser, et l'élaboration du point de vue aide à la prise de décision. C'est vrai aussi pour les décisions d'aptitude.

DEUXIÈME AXE : L'ACTION COLLECTIVE DANS L'ENTREPRISE

Comment le médecin du travail peut-il faire remonter le problème dans l'entreprise ?

- **À la base nous sommes veilleur et témoin** : la clinique individuelle permet la veille collective par mise en perspective d'éléments collectés au fil de l'eau, ce qui peut permettre d'anticiper des crises et éviter des pathologies en sensibilisant les acteurs de l'entreprise. Parfois il faut aussi alerter en urgence. S'il est témoin de pratiques intolérables, le médecin du travail souvent seul regard externe en particulier dans les petites entreprises peut contribuer à la ré-émergence de limites. Le jeu du regard des autres suffit souvent à arrêter des persécutions.
- **Il faut interpeller les partenaires sociaux** : conseiller des salariés et de l'employeur, le médecin doit renvoyer les problèmes pointés dans le débat social de l'entreprise, en utilisant tous les espaces possibles d'écoute et débat, l'idéal étant le CHSCT quand il existe. Les déclarations d'accidents, de maladies, des courriers, les fiches d'entreprises, les rapports annuels, permettent aussi de transmettre nos avis. Que la souffrance soit dans le débat public ne suffit pas à changer l'organisation du travail mais cela conditionne le démarrage d'une réflexion.
- **Reformuler les discours sur la santé et la motivation au travail** : la santé n'est pas zéro accident, zéro défaut, mais un cheminement personnel qui passe par la construction de l'identité. L'investissement professionnel nécessite le plaisir au travail. L'être humain ne s'investit que s'il dispose d'un minimum d'initiative et créativité. C'est la reconnaissance de l'art de faire, de l'effort, de la compétence, autant par les pairs que par la hiérarchie, qui fait plaisir et motive, quelque soit la peine donnée. Le bon fonctionnement de cette boucle garantit la santé/travail.
- **Imposer la compréhension dans la prévention** : Nos cas concrets montrent des dizaines d'exemples de nécessités de reformuler les discours prévention réduits au respect des normes et prescriptions, pour obliger à la compréhension du fonctionnement humain, j'en citerai quelques uns :

la qualité ou sécurité totale ne s'obtient pas par des normes qui protègent de tout dysfonctionnement (normes de durée, distances...) ou garantissent la santé. Rigidifier le prescrit oblige à taire les astuces qui permettent de faire le travail, et empêche d'en discuter : c'est négatif pour la santé de celui qui assume seul dans le doute et sans reconnaissance, et pour la sécurité assurée collectivement.

Il faut sortir les **enquêtes accident** de l'écart au prescrit (**l'erreur humaine !**) qui culpabilise la victime et pousse à dissimuler des éléments essentiels à la prévention.

L'évaluation des risques, l'étude des postes, toute enquête, doivent partir des « façons de faire » des agents, qui donnent acte de leurs connaissances et expériences. Il faut saisir toute occasion de formations pour faciliter l'échange des plus isolés.

Dans les conflits, troubles du comportement, plaintes « harcèlement », il faut sortir des discours sur les personnalités ou profils, et tenir compte des surcharges, absences d'autonomie, horaires chamboulés, règles contradictoires... Plus les organisations sont tendues, plus les personnalités s'affrontent. On ne calme un conflit qu'en discutant ensemble de l'organisation jusque dans les détails. L'explosion d'une crise part toujours d'un détail qui fait déborder le vase. La démarche compréhensive part du point de vue du salarié, du vécu, du travail réel, et peut s'appliquer à toute demande santé/travail. C'est le rôle du médecin, humaniste par définition, et parfois seul tiers externe, de plaider la centralité du fonctionnement de l'Homme dans le fonctionnement de l'entreprise, et rappeler que toute conduite humaine a un sens.

- **Externaliser le débat** : si le médecin ne trouve aucune possibilité d'agir ou témoigner dans l'entreprise, il doit porter le débat à l'extérieur, par les médecins traitants, l'inspection du travail, etc. toujours avec l'accord des intéressés, destinataires des copies. Les rapports annuels, en particulier communs à plusieurs entreprises, ou des études sur un secteur, une branche professionnelle permettent de diffuser l'information et peuvent être réutilisés ensuite dans l'entreprise de façon plus anonyme. Témoigner ensemble accroît l'intérêt des études, tout en partageant avec les pairs.

TROISIÈME AXE : QUELLES RÈGLES DE MÉTIER EN TIRER EN TEMPS QUE MÉDECINS DU TRAVAIL ?

Je citerai d'abord D. CRU pour sa définition parfaite des douze règles de métier, qui n'ont rien à voir avec réglementations ou prescriptions :

« Ce sont des règles formelles et informelles, construites et partagées par les membres d'une équipe ou d'un collectif. Ces règles non écrites, plus ou moins explicites dans leur formulation, relatent les différentes façons de travailler à partir de débats permanents sur le comment faire et le comment faire ensemble. Elles prennent en compte les différences entre les individus aussi bien du point de vue de la personnalité que par l'expérience professionnelle, pour les orienter vers un but commun de travail selon des modalités définies et acceptées par tous. Elles cimentent ainsi une équipe de travail dans les relations de confiance et d'efficacité. »

Nos réflexions partent d'un cas mais on reconnaît souvent des difficultés analogues dans d'autres entreprises. D'abord chaque expérience semble unique mais les enseignements se recourent. C'est en cherchant ce qui nous est commun et non ce qui nous différencie, que l'on renforce nos possibilités d'action. La délibération collective aide à y voir plus clair, oriente ou conforte nos arguments.

Nous repérons mieux les pressions sur le service médical pour pousser vers le management, pour cautionner des réorganisations, pour limiter son champ à l'aptitude ou la santé publique. Le médecin doit faire partager les valeurs éthiques de la profession pour maintenir son service solide et solidaire.

Au fil de nos débats concrets, nous développons des façons d'agir, de résister, de défendre un avis professionnel, ancré sur deux repères essentiels : le Code de déontologie médicale « *Primum non nocere* », et le Code du travail « *Éviter l'altération de la santé du fait du travail* », et se dessinent les règles informelles de notre métier, que je présente comme une grille de lecture des événements du quotidien :

- **Garder le seul point de vue de la santé/travail.** Ne jamais oublier au nom de quoi on parle.
- Aider le salarié à raconter pour l'aider à penser sa situation, et à reprendre la main.
- Donner acte à la souffrance, sans juger, et donner acte aux contraintes, sans les légitimer.
- Mettre en lumière l'arbitraire, pour permettre le recouvrement de la dignité.
- Décoder les systèmes défensifs, mais les respecter en l'absence d'autres solutions.
- Reconsidérer tout conflit sous l'angle de l'organisation du travail.
- Permettre aux salariés de débattre de l'organisation de leur travail et des façons de faire.
- Veiller et témoigner dans l'espace public de l'entreprise, ou ailleurs si ce n'est pas possible.
- Recentrer la motivation sur la possibilité d'investissement et de plaisir au travail.
- Rappeler que le bien-être passe par l'estime de soi, qui passe par la reconnaissance/pairs
- Pointer les obstacles à la confiance des salariés entre eux, qui conditionne la coopération.
- Opposer à tout discours de normalisation, un discours de compréhension.
- Rappelant que toute conduite humaine a un sens.
- Remettre l'Homme au centre de l'entreprise, comme fin et non comme moyen.

Cette grille nous guide dans notre action, elle structure notre analyse comme une colonne vertébrale, mais il faut toujours discuter ses applications. Chaque cas concret nous y oblige et garantit l'adaptation de notre métier au réel et aux évolutions de la santé-travail.

En fin de réunion, après ce travail de cas cliniques en trois dimensions, nous échangeons également sur des méthodes personnelles, nos façons d'examiner, de se présenter, nos attitudes d'autorité, ou de persuasion, etc. ce qui est

plutôt distrayant ! Nous prenons aussi des nouvelles des personnes dont les « cas » avaient été présentés, et qui souvent vont mieux et se sont réinvesties dans un travail !

Ce côté convivial et réconfortant a contribué à la pérennité du groupe, nous arrivons souvent épuisés en fin de semaine, mais la dynamique des échanges stimule vite. Il est arrivé au moins une fois à chacun d'attendre avec impatience la réunion GAPP pour « déballer » une situation pénible, et repartir allégé, sans solution en poche, mais avec des pistes pour reprendre le dossier.

Lorsqu'est apparue l'obligation d'Évaluation des Pratiques Professionnelles, l'ensemble des adhérents a accepté l'évolution du GAPP en GAPEP, Groupe d'Analyse des Pratiques Entre Pairs, au sein de l'association E-pairs (agrée par l'HAS), dès lors qu'il était possible de conserver notre méthode de travail, en toute confiance et toute indépendance.

Nous avons fait quelques adaptations :

- Réunions en temps de travail (huit par an), les médecins peuvent se libérer car l'EPP est obligatoire dans la formation professionnelle.
- Animateur et rapporteur nommés à tour de rôle, ce qui équilibre la charge de travail.
- Une « personne-relais » parmi nous assure le lien avec E-Pairs.

Pour respecter les engagements de la Charte de E-Pairs, il nous reste à formaliser des règles de bonnes pratiques, qui doivent prendre en compte :

- les connaissances scientifiques du moment,
- la pratique concrète
- et le questionnement éthique.

Ces référentiels auront pour objectif de faciliter le métier, un peu à la façon des conférences de consensus, et non de le compliquer, ni de le contrôler : nous veillerons à ce qu'ils ne dérivent pas en prescriptions, en les remettant en débat chaque fois que nécessaire...

Pour conclure, nous avons démarré le GAPP il y a 15 ans avec l'objectif de **mieux faire, et mieux faire ensemble.**

Nous témoignons des apports bénéfiques de l'analyse des pratiques en groupe :

- aide à la compréhension des situations difficiles,
- aide à la prise de décision pour l'action dans l'objectif de la santé au travail individuelle et collective,
- élaboration de règles de métier toujours améliorées au fil des discussions,
- renforcement du soutien social et de la reconnaissance entre médecins du travail.

Mieux faire, et mieux faire ensemble, permet aussi de mieux vivre ensemble !

*Brigitte PERCEVAL, Bernadette BERNERON,
Véronique ARNAUDO
médecins du travail à Tours*

LE MODÈLE « ENTRE PAIRS »

DE L'ORGANISME E-PAIRS⁽¹⁾

Le modèle « entre pairs » de l'organisme E-Pairs a fait l'objet d'une intervention au 30^{ème} Congrès de médecine du travail dans la journée consacrée à l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins du travail, le 4 juin 2008.

L'organisme agréé E-Pairs propose de développer l'Évaluation des Pratiques professionnelles en médecine du travail à partir de groupes de pairs. Ce modèle est déployé en médecine du travail, à partir de l'expérience plus ancienne des « groupes de pairs » de la Société Française de Médecine Générale.

L'EPP en groupe de pairs vise à mettre en discussion et à améliorer la pratique médicale de chaque membre du groupe à l'intérieur d'une petite structure. Cette petite structure se nomme groupe d'analyse de la pratique entre pairs, en abrégé, un GAPEP. Plusieurs conditions sont à réunir pour travailler dans un GAPEP. Exercer le même métier pour se trouver en situation de pairs et disposer de règles partagées à partir desquelles la confiance peut s'établir ; réfléchir ensemble sur les pratiques nécessite de se connaître ; avoir dans le passé déjà travaillé ensemble avec quelques uns des membres est un « plus ».

Aussi avant de décider de créer un GAPEP, certains groupes recommandent d'en faire d'abord l'expérience collective au cours d'une période d'essai. La taille du GAPEP permet d'accueillir 5 à 12 médecins, ce qui apparait une bonne dimension pour la discussion : ni trop grande, ni pas assez.

À part ses membres, personne d'autre que les membres du GAPEP n'assiste aux séances. Le compte rendu de chaque séance est la seule trace du travail du GAPEP. Il est adressé à l'organisme agréé.

Le choix de l'évaluation de la pratique est de partir de cas réels. L'approche est clinique, à partir du travail pris comme grille de lecture.

L'organisme E-Pairs encourage à effectuer le travail d'évaluation à partir de la présentation de cas cliniques ou de pratiques professionnelles. Le GAPEP choisit un thème à tra-

1 - Communication présentée au 30^{ème} Congrès national de médecine et santé au travail, Tours juin 2008

vailler, des cas cliniques s'y rapportant, ou des cas tirés au sort.

Le cadre de travail du GAPEP est donné par la charte de l'organisme agréé. L'accord avec la charte est la seule condition pour pouvoir travailler dans un groupe d'analyse des pratiques professionnelles. La charte indique que l'évaluation s'appuie sur les données des recherches en santé et travail, sur l'investigation du lien santé/travail notamment par la clinique médicale du travail, (au cabinet médical et en intervention en milieu de travail), et en référence à des recommandations de bonnes pratiques. L'organisme agréé élaborera des repères pour la pratique ayant pour objet exclusif de préserver la santé au travail.

Chaque médecin, à partir de cas cliniques est amené à exposer sa pratique. Elle est mise en discussion par le groupe. Un travail d'explicitation des pratiques est entrepris. Les références scientifiques mobilisables avec l'indication du niveau de preuve utilisées pour le cas clinique sont recherchées. Un bilan porte en fin de séance sur les éléments les plus importants de la discussion de la pratique. Il y a échange sur l'expérience, les règles de métier.

Au sein du GAPEP est désignée une personne-relais qui fait le lien avec l'OA. La personne-relais recueille la liste des membres de son GAPEP et leurs coordonnées professionnelles, ce qui permet à E-Pairs d'identifier le groupe lors des opérations de validation.

Chaque GAPEP est accompagné par un binôme de deux médecins « seniors » qui rentrent en contact avec la personne-relais. Le binôme veille à ce que le travail effectué cadre avec les engagements du groupe vis-à-vis de la charte. En dehors de cela il n'émet aucun jugement sur le travail des pratiques. Il apporte le soutien à son travail dans un dosage fin à trouver entre sa règle de rester extérieur pour respecter le travail en cours d'élaboration par le groupe, et son appui par un questionnaire sur ce que le binôme ne comprendrait pas du travail du GAPEP, à partir de la lecture du compte rendu.

Le binôme s'assure de l'existence d'une formalisation du travail : cette formalisation est demandée par E-Pairs. Elle

porte sur le déroulement de chaque séance pendant l'année : nombre prévu, durée, rédaction de compte-rendu, émargement. Elle doit permettre de rendre compte du travail de chaque membre : animateurs et rapporteurs sont tournants.

L'organisme étant une fédération des GAPEP, les groupes explorant le même thème peuvent être amenés à travailler en réseau.

Chaque binôme présente les travaux du GAPEP après en avoir rendu les données anonymes, dans une structure de discussion, le groupe projet, qui réunit l'ensemble des binômes. Chaque binôme constitue dans la durée un dossier de validation pour le GAPEP dont il a la charge.

Pour les promoteurs de E-Pairs, l'EPP est un positionnement permanent. L'organisme agréé propose la validation de cent crédits sur la base d'un exercice régulier et continu d'une demi-douzaine de séances effectives annuelles de GAPEP pendant les cinq ans. Ceci correspond d'ailleurs à l'esprit de la loi.

À titre de premier retour d'expérience des GAPEP, le constat est que le travail des groupes s'effectue essentiellement à partir de la présentation de cas cliniques. Le choix qui est fait par des GAPEP de travailler à partir du tirage au sort de dossiers médicaux permet d'aborder les pratiques professionnelles dans des situations couramment rencontrées : TMS, expositions à des toxiques, risque psycho-social. En revanche remarque a été faite que le tirage au sort pouvait conduire à une certaine dispersion dans l'analyse des pratiques. D'autres groupes choisissent un thème qui est abordé avec des cas cliniques en rapport avec ce thème : discussion professionnelle sur le contenu de la visite d'embauche, dos-

sier médical en médecine du travail et traçabilité des expositions professionnelles, veille en santé mentale, exposition au bruit. Des repères doivent pouvoir être dégagés pour les pratiques.

À l'issue du travail de chaque GAPEP et sous son aval, est réalisée une synthèse par le binôme. La synthèse est discutée à l'intérieur du groupe projet.

Au-delà de l'accompagnement par chaque binôme, E-Pairs a l'ambition de mettre à disposition des GAPEP des repères pour la pratique, au fur et à mesure de leur élaboration. Ils se construiront sur le travail de l'ensemble des GAPEP et mis en circulation dans l'espace public de l'organisme.

La mise en discussion par l'organisme, à partir du travail des GAPEP, des repères pour cette pratique, articulés avec les données scientifiques, est une contribution à élaborer le métier de médecin du travail.

Au-delà de l'objectif de validation, la discussion sur ces repères peut aider :

- à rendre compte de la spécificité de l'apport de la médecine du travail à la santé au travail.
- à améliorer la visibilité de ce que font les médecins du travail : ce qui est profitable pour eux, et pour les professionnels « non médecins » de la santé au travail (d'autant qu'ils vont devoir eux aussi dans un avenir prochain, évaluer leur pratiques).
- enfin, à faciliter la coopération entre des exercices différents de la médecine : en premier lieu, avec les généralistes, très confrontés eux aussi dans leur exercice à la prise en compte du travail de leurs patients, travail qu'ils peuvent être en difficulté d'appréhender seuls.

En conclusion, l'EPP à partir de la confrontation de pratiques entre pairs, avec le réel scientifique et humain, constitue une source d'amélioration de la prise en charge de la santé des salariés, destinataires de la santé au travail.

*Alain GROSSETETE,
membre du groupe projet de E-pairs*



Vente en librairie – 30 € –

Éditions Syros, 9 bis rue Abel Hovelacque 75 013 Paris
Tél. : 01 44 08 83 80 Télécopie 01 44 08 83 99

FAUT-IL AUJOURD'HUI DU COURAGE POUR EXERCER LA MÉDECINE DU TRAVAIL ? EXPERTISE ENGAGÉE OU « PARRÊSIA »

Titre d'un journal du soir (décembre 2007) : « Médecine du travail : c'est le fonctionnement global de l'institution gérée par le patronat qui est à revoir. Le laxisme de l'État, la passivité des syndicats ou le manque de courage de certains médecins – comme en témoigne le scandale de l'amiante – sont critiqués »

*Rapport du Conseil économique et social : « L'avenir de la médecine du travail » (avril 2008)
« Dans le cadre de son action en milieu de travail, le médecin du travail, (...) a évidemment le droit de faire part de ce qu'il considère comme des risques avérés ou des manquements graves susceptibles d'altérer la santé des travailleurs. Il serait judicieux que ce droit devienne un devoir d'information matérialisé par une saisine s'adressant en premier lieu à l'employeur puis à l'ensemble des acteurs de la santé au travail. (...) Ce nouveau devoir de saisine du médecin du travail n'est pas sans rapport avec le droit d'alerte du CHSCT qui doit être revisité comme le ministre en charge du travail l'a demandé aux partenaires sociaux, mais s'en distingue notablement par l'accent mis sur la responsabilité spécifique du médecin du travail et le lien qu'il entretient avec son indépendance. »*

L'opinion publique sur le métier de médecin du travail est passée, en soixante ans, de l'ignorance méprisante à l'exhortation au courage.

Il faut bien reconnaître que l'origine même du métier n'était pas des plus attirantes. Issue de la médecine de sélection de la main d'œuvre et de l'eugénisme, victime de pratiques liées au STO, il a sans doute fallu beaucoup d'optimisme à ses fondateurs, pour penser qu'on puisse faire de la médecine du travail un véritable exercice. Malheureusement, ils n'ont pas su, ou voulu, discerner ce qu'il y avait de destructeur dans la notion même d'aptitude. Pourtant, née en 1947, presque en même temps que le droit constitutionnel historique de « protection de la santé » des françaises et des français, on peut estimer que la médecine du travail porte, depuis cette époque, sur ses épaules, la responsabilité médicale des moyens de l'exercice de ce droit dans les entreprises.

Les implications de ce droit en matière économique sont évidentes.

Tout l'art de ceux que ce droit dérange a donc consisté à entraver la prévention médicale des risques professionnels. Les procédés mis en œuvre furent à la hauteur de l'enjeu :

➤ Tout d'abord l'enseignement de la spécialité n'a pas été confié à des praticiens de terrain mais à des médecins hospitalo-universitaires en pathologie professionnelle, dont l'enseignement a été souvent de qualité dans ce domaine, mais sans compétence particulière pour transmettre l'essentiel : les caractéristiques spécifiques du milieu d'exercice. Cet enseignement privilégiait un abord des questions du point de vue de l'expertise scientifique c'est-à-dire du point de vue des dépistages de pathologies au détriment du repérage des risques et de leur prévention par le médecin et tendait à évacuer les déterminants sociaux de la situation. Ajoutons à cela la question de l'aptitude et on comprendra que les praticiens formés l'étaient au dépistage des supposées prédispositions individuelles au risque et à l'adaptation de la main d'œuvre au travail, et non de celui-ci à l'homme et à la prévention primaire.

➤ Parallèlement il a fallu aux opposants à la prévention, circonvenir en partie la représentation du personnel et ses structures syndicales par la reprise constante d'avancées en matière de prévention, en valorisant la réparation. Il s'agit ici de faire oublier ce droit absolu des

travailleurs à la protection de la santé par la prééminence des systèmes de réparation. De cela découle et la faiblesse du système de prévention des risques pour la santé au travail et la situation calamiteuse de la sécurité sociale dans notre pays.

➤ À ce contrôle politique sur l'enseignement et sur le contrôle social, s'ajoutaient une paupérisation de l'exercice par la faiblesse des moyens mis à disposition et l'étouffement par des effectifs à surveiller, très élevés. Pour les quelques récalcitrants, peu nombreux, souvent montrés du doigt par leurs propres pairs et traités d'excités et de pétroleurs, existait déjà la mise à l'index.

C'est dans ce contexte que surviennent en 1974, les prémices du « scandale de l'amiante ». Pour l'édification du jeune lecteur, il faut rappeler que les scandaleux de l'époque étaient plutôt ceux, syndicalistes, et rares médecins du travail et hospitaliers, qui en dénonçaient les dangers. Au risque de déplaire, il faut également faire référence au peu d'appétence des médias de cette période (dont le journal cité plus haut) pour la question de risques professionnels dont ceux de l'amiante, sur lesquels régnait une omerta vertueuse au nom de l'exagération, du manque de discernement des lanceurs d'alerte et déjà du réalisme économique. En ces temps de premier « choc » pétrolier, il ne faisait pas bon être suspecté d'atteindre à la compétitivité.

On voit qu'à côté de la question du courage, celle de la formation à la prévention primaire et aux connaissances qu'elle implique, celle de la compréhension de la dimension politique du métier, celle de l'état du contrôle social et de l'influence des employeurs sur l'institution et les médias, participent pour la part du « cheval » dans le « pâté d'alouette » de l'amiante. Comment avoir le courage de dire quand on ne sait pas quoi dire et *a fortiori* comment ? Le plus étonnant est qu'il se soit trouvé des médecins du travail pour agir dans le « bon » sens, dès cette époque.

La reprise en main par les industriels du secteur *via* la doctrine de « l'usage contrôlé de l'amiante » et le « Comité permanent amiante » fut très efficace et encloua la question, de façon institutionnelle et politique, pendant près de quinze ans. Il est faux de déclarer qu'à partir de 1980, la conviction professionnelle des médecins du travail, n'était pas faite sur la toxicité du produit. Ceux, parmi eux, qui ne « dire » pas les risques, ne voulaient pas les « dire ». Ils le pouvaient, car le contre-feu du lobbying régnait en maître et empêchait de les entendre. Les menacer aurait relancé le débat et, de ce point de vue, aurait été contre-productif. D'autant que l'exercice des médecins du travail évoluait dans le sens d'une nouvelle professionnalité sous la pression des échanges entre pairs.

En effet, entre 1980 et 1995, le métier de médecin du travail a changé de nature. La principale avancée est précisément la définition claire du rôle social réel des médecins du travail, d'où procèdent les composantes de leur exercice.

L'éclaircissement de la nature de leurs obligations professionnelles, au carrefour de la déontologie médicale et du droit, l'appropriation de techniques adaptées à la santé au

travail, leur permirent de commencer à élaborer une clinique médicale du travail. Leur engagement du côté de la santé des travailleurs, du point de vue de la prévention primaire des risques du travail et leur implication dans un abord collectif entre pairs de leur exercice concoururent à délimiter un champ spécifique de la santé publique, celui de la santé publique au travail.

Dans ce contexte professionnel, ainsi que Nicolas DODIER l'a défini en 1993(1), le médecin du travail n'est plus dans la posture d'un expert scientifique qui saurait et dirait, de ce point de vue, mais devient un expert engagé, un conseiller pour la prévention des risques du travail, c'est-à-dire un professionnel de santé qui s'exprime du point de vue exclusif de la santé des salariés. Il a le devoir de dire ce qu'il estime utile pour prévenir des risques, la santé des travailleurs. Pour le dire, il met en place un repérage des risques *a priori*, une veille médicale de leurs effets éventuels et en cas de risque effectif qu'il soit porteur d'effets potentiels ou réels, il alerte chaque salarié et la communauté de travail. Expliqué ainsi, aussi simplement et avec conviction, dans un CHSCT ou un CE, devant une Commission de contrôle, cela, dans cette période, clos une fois pour toutes le débat sur la question du droit et du devoir du médecin du travail en matière de « dire ». Nul besoin de courage à ce moment de l'histoire du métier.

À partir de 1995, dans l'économie mondialisée, les entreprises françaises sont frappées par des mutations majeures dont les effets se font sentir progressivement : apparaissent l'externalisation du système productif et sa substitution par les entreprises de services, la financiarisation exclusive de la gestion de l'entreprise et la mise en place d'une organisation du travail liée à l'idéologie de la mondialisation, dont les techniques sont de nature politique et qu'on nomme « management ».

Il ne s'agit plus tant d'organiser le travail de la main d'œuvre que de prendre le pouvoir sur l'esprit de chaque travailleur afin d'en faire un rouage docile et productif, qui assume sur sa santé les contradictions du système. Le « chacun pour soi » doit remplacer le « tous ensemble ». Pour isoler les salariés il faut les « dé-soler » c'est-à-dire ôter toute possibilité d'espace temporel ou social d'échange entre eux. Ainsi le management construit-il un décor, une toile peinte, par exemple celle de l'initiative et de l'accomplissement de soi. Il raconte des histoires dans tous les sens de l'expression. Il invente une réalité plus vraie que la réalité où les supposées évidences tiennent lieu de doctrine. La question du travail et du « travailler » s'efface devant celle des comportements, de la motivation et de la concurrence, du stress qu'il faut apprendre à gérer pour qu'il devienne « bon ». La réalité du travail ne guide bientôt plus l'organisation.

Mélange d'idéologies défensives et d'idées reçues, ce qu'Alain BADIOU(2) nomme le « régime des opinions », se

.....
 1- Nicolas DODIER, *L'expertise médicale, essai de sociologie sur l'exercice du jugement*, Ed. Métaillié, 1993
 2- Alain BADIOU, *L'éthique, essai sur la conscience du mal*, Nous, 2003

substitue à la rationalité des situations réelles. Pour lui, ce mode de pensée a gagné la société. Quand une société ne supporte plus la réalité et la dissimule derrière des opinions, des professions de foi factices et des « simulacres de vérité », dans laquelle l'*hubris* tient lieu de politique, c'est qu'elle est en voie de disparition. Or, la négation dans l'entreprise de la réalité du travail, la cécité sur l'activité de travail, la réduction du travailleur à un objet à valeur économique exclusive, qui se dissimulent derrière la « communication », sont la source même de la crise sociale.

Comme cela était prévisible, les atteintes à la santé, notamment psychique, en lien avec la perte de la justesse et celle de la justice, vécues dans l'isolement, ont une très grande incidence parmi les travailleurs.

Pour l'exercice du métier de médecin du travail et son lien au courage, objet de cette réflexion, ce management pose deux problèmes spécifiques :

- sa distance à la réalité est inconciliable avec la clinique médicale,
- le « dire » de l'expertise engagée du médecin du travail s'oppose aux actes de communication.

Exerçant au cœur du régime des opinions, les médecins du travail, par fonction, doivent agir pour le dissiper et permettre la mise en lumière des pathologies qu'engendre un tel système et de leurs étiologies.

La clinique médicale n'accepte pas l'illusion. L'apprentissage de la médecine c'est avant tout tenir compte de la réalité : « *du symptôme au signe, de l'observé au signifiant* », « *Toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade* », « *l'art de décrire les faits est le suprême art en médecine : tout pâlit devant lui* »(3). La clinique médicale est fille de l'humanisme et de la raison. L'instru-

mentalisation du réel, telle que la pratique le management, est techniquement interdite au médecin, d'autant plus qu'elle serait destructrice pour la confiance, préalable à toute relation médicale. Sauf à abandonner son titre, il lui faut résister aux sirènes des stratégies défensives.

Exercer la médecine du travail dans les entreprises du XXI^e siècle, c'est aussi, comme médecins, exercer, contre l'idéologie qui y règne sans partage, la persévérance hippocratique : tout homme, toute femme qui s'adresse à nous est un sujet, libre de son destin, que nous avons le devoir d'aider à cheminer dans la recherche de ce qu'il (ou elle) considère comme sa santé. C'est aussi, et avant tout, être fidèle à la clinique médicale en pratiquant une éthique des vérités qui consiste, notamment, à dénier toute pertinence aux discours tout faits, aux analyses de surface et aux solutions délétoires.

Dans cette situation dire devient « *dire-vrai* ». C'est pratiquer la « *parrêsia* » traduite par « *véridicité* » par Michel FOUCAULT(4) et qu'il définit comme « *l'éthique du dire-vrai dans son acte risqué et libre* », « *manière de dire vrai qui est telle que l'on ouvre, pour soi même, un risque, par le fait même que l'on dit vrai* ». Ce n'est que par la valeur de l'acte de dire-vrai, pour les autres, et le risque qu'on prend en le faisant qui confère à la « *parrêsia* », le « *s'obliger à la vérité* », « *l'exercice le plus haut de la liberté* ».

Cela relève t'il bien du courage, vertu sans objet jusqu'alors dans l'exercice, mais que la nature particulière de l'actuel fonctionnement de l'organisation du travail imposerait maintenant aux médecins du travail, le courage de la dénegation des faux semblants et de la persévérance en la réalité, dans une société victime d'une profonde crise morale ?

Alain CARRÉ

.....
3 - Les citations sont de PINEL, CORVISARD et AMARD tirées du livre de Michel Foucault : *Naissance de la clinique*, PUF, 1963

.....
3, 4 - Michel Foucault, *Le gouvernement de soi et des autres*, Cours au Collège de France, 1982-1983, Gallimard Seuil, 2008

BULLETIN D'ADHÉSION

Coupon à renvoyer à :

Association SMT 25 rue Edmond Nocard 94410 ST MAURICE

Tél. 06 79 72 44 30 / courriel : a.smt@wanadoo.fr / internet : <http://www.a-smt.org>

- Je suis intéressé(e) par les réflexions de l'ass. SMT et j'adhère pour l'année 2009
- Je suis adhérent à l'association et je règle ma cotisation 2009

Ci-joint un chèque bancaire ou postal de 95 €, à l'ordre de Association Santé et Médecine du Travail

Nom : Adresse :

Prénom :

Courriel :

SOUFFRIR AU TRAVAIL *comprendre pour agir*

Dominique HUEZ

Qui mieux que Dominique HUEZ pouvait écrire sur l'Entreprise... Son livre nous fait entrer dans le monde du travail par ce qui résonne dans l'espace public comme un cri d'alarme, les suicides professionnels. Son travail de praticien nous dévoile toute cette souffrance recueillie au cabinet médical, ces histoires singulières bouleversées par l'organisation du travail et les impératifs de la production, ces suicides qui sont l'aboutissement extrême du mouvement d'individualisation lié aux mesures managériales qui déstructurent les collectifs. C'est à partir de cette clinique qu'il construit son analyse, pour répondre à cette question : qu'est ce qui amène à penser que le travail, dans ces conditions concrètes, peut être source d'une souffrance susceptible de conduire au suicide ou de tomber malade ?

Dominique HUEZ dresse avec précision le tableau de tout ce qui porte atteinte dans l'Entreprise au « travail vivant » : les nouvelles formes d'organisation, la précarisation du travail, la toute puissance des indicateurs identifiés et imposés par les cadres, les évaluations, la distorsion de la communication qui inverse le sens des mots, la propagande. Et le travail ressemble alors de plus en plus à une boîte noire énigmatique... Le médecin du travail se trouve confronté aux altérations de la santé liées au travail, aux pathologies de surcharge, aux dépressions professionnelles réactionnelles, aux décompensations psychiques et somatiques. Son travail clinique, à partir de toutes les émotions ressenties par les hommes et les femmes qui travaillent, la honte, l'isolement, la culpabilité, l'injustice peut leur permettre un travail d'élaboration et de construction du sens de ce qui leur arrive dans le travail. Ses interventions reposent toujours sur le travailler des gens, sur la possibilité du faire ensemble. À l'opposé le triptyque de la lutte antistress

(numéro vert, cellules d'écoute, observatoires) mis en place par l'Entreprise et les interventions ciblées sur la compréhension psychologique de l'individu face au groupe, face à lui-même et sur la prise de conscience de soi et des autres ne véhiculent que des stratégies comportementales d'adaptation de l'homme à la contrainte.



Ce livre se défend de toute ambition théorique mais il est nourri par la psychodynamique du travail, et il s'attache à mettre en évidence les postures défensives individuelles et collectives. Pour l'auteur, ces stratégies défensives ont un rôle protecteur pour la santé mentale mais elles créent aussi les conditions humaines de consentement au système. Elles privent les salariés de leur capacité et de leur désir de changer le monde. Alors peut-être, pour prendre soin des hommes et des femmes qui travaillent, pour soigner le travail salarié, subordonné, il ne faudrait pas seulement prendre le travail du côté de la souffrance, mais essayer de comprendre la dynamique de l'activité.

D'ailleurs ce que Dominique HUEZ met en visibilité dans ce livre, avec toute l'énergie qui le caractérise, c'est ce qu'il a développé dans son activité de travail, sa perception sensible, ses savoir-faire, ses pratiques professionnelles : la reconnaissance en dépression professionnelle réactionnelle, la déclaration en accident du travail d'un stress post traumatique rattaché à un évènement initial potentiellement déclenchant, la déclaration au titre de l'AT ou des MP de ce qui a pu provoquer un geste suicidaire, les alertes collectives au CHSCT, la décision thérapeutique d'arrêt de travail. Une pratique médicale singulière. Une autonomie morale préservée. Mais Dominique le dit lui-même : « Travailler n'est jamais contribuer dans la solitude. Les autres sont toujours

présents. Que nous prenions appui sur eux ou que nous nous confrontions à eux ». Pour les médecins du travail comme pour les autres salariés, définir le travail bien fait ça se discute, et le dernier mot n'est jamais dit. Cela divise au bon sens du terme, suscite de la controverse et de la dispute professionnelle.

Alors, il faut lire ce livre, comme une invitation à mettre ses pratiques en visibilité, comme une proposition à modifier nos conditions de travail. Nous n'avons pas abandonné la question politique ni les possibles évolutions du côté de la législation concernant la santé au travail. Mais il est probable que l'organisation du

travail dans les centrales ou dans les hôpitaux se moque bien de la qualité du travail possible et des capacités mobilisables par les salariés comme par les médecins du travail. Entre nous, il faudrait percevoir notre espace de travail comme celui d'un peintre, comme Nicolas DE STAËL : « L'espace pictural est un mur, mais tous les oiseaux du monde y volent librement, à toutes profondeurs », pour retrouver des espaces de respiration, un peu d'air.

Odile RIQUET

EXPÉRIENCE EN SERVICE AUTONOME DE CE TRAVAIL EN BINÔME OÙ CHACUN COOPÈRE DANS SA PROPRE SPÉCIFICITÉ

Lors de la Journée de Printemps 2008 du SMT des échanges intéressants ont eu lieu sur le thème « Équipes médicales du travail : Contenant et contenu ? ». Entre autres questions, celle-ci a été posée : **Quelle est la spécificité du travail de l'infirmière ?**

Un début de réponse a été apporté, en effet : « Lors de la consultation médico-professionnelle, l'infirmière peut aider au dévoilement épidémiologique dans les groupes de travail par son intégration dans l'entreprise ».

Dans un service autonome, la venue des salariés à l'infirmière de site permet de dépister outre des atteintes à la santé, des pathologies en lien avec le travail.

Ainsi la venue de plusieurs personnes appartenant au même service en l'occurrence l'accueil téléphonique et présentant des symptômes divers à type de fatigue, de vertiges, d'hypotension, de malaises a alerté l'infirmière de site.

Après avoir vérifié les constantes et s'être assurée que les malaises ne procédaient pas de cause organique, les salariés invités à s'allonger en salle de repos, ont pu s'épancher sur leurs ressentis.

Diverses plaintes se sont exprimées à cette occasion, ayant trait à la diminution des temps de réponse téléphonique au client ne leur permettant pas de régler le dossier du client

précédent avant d'être à nouveau disponibles pour le client suivant.

Cette situation génèrait de la souffrance, celle de ne pouvoir mener à terme leurs tâches et leur donnait le sentiment de devoir bâcler leur travail.

Les salariées souffrant de ces symptômes appartenait toutes au même groupe de travail dont le responsable ne semblait pas gérer les situations de travail de la même façon que ses collègues. Disons que celui-ci était moins souple et ce manque d'adaptation à la réalité du travail vécu par les salariées entraînait chez elles de la souffrance.

Le compte rendu des « maux et des mots » inscrit en plein accord avec le médecin du travail sur l'intercalaire du dossier des salariées, le médecin du travail a pu les consulter à son retour. Autour de ces comptes rendus les échanges sont fructueux. L'infirmière avait planifié pour les jours à venir ces salariées en visite périodique. Bien entendu lorsque le malaise était trop important la salariée a pu bénéficier d'une visite en urgence toute affaire cessante.

Dans ce cas précis la coopération de l'infirmière avec le médecin du travail a permis à ce dernier d'intervenir rapidement après accord des salariées, sur les conditions de travail et en particulier sur le temps de décroché entre deux appels qui a été rallongé.

Une cartographie des lieux de travail et des diverses atteintes à la santé peut être réalisée afin d'aider le médecin du travail dans le repérage des risques professionnels et à l'alerte sanitaire.

L'infirmière peut ainsi programmer avec l'aide des assistantes médico-sociales les secteurs prioritaires en termes de convocations aux visites périodiques en collant à la réalité du terrain et ce, en fonction des besoins exprimés.

Avoir une certaine souplesse dans la programmation des visites périodiques est indispensable pour deux raisons. D'une part le fait de programmer des visites périodiques et de pouvoir y intercaler des visites ne demandant aucune pré-visite permet de répondre à l'urgence. De plus en cas d'absence non prévue d'un salarié à sa visite périodique, cela permet d'y substituer une visite urgente de dernière minute.

Cela permet aussi en cas d'attitude non coopérative de l'employeur à la venue aux visites de pouvoir transformer une visite à la demande du salarié en visite périodique ce qui permet de voir un salarié en difficulté assez rapidement. Ce cas n'est pas rare si on y prête garde.

L'infirmière de site est le lieu où vient se dire la souffrance. « Écouter c'est déjà agir » mais pour pouvoir le faire, il faut être formé à cette écoute particulière.

Avant de pouvoir questionner les salariés sur leurs conditions de travail il est nécessaire de s'en sentir la compétence

et il n'est pas rare que les infirmières occultent **le travail comme cause première de la souffrance des salariés, non intentionnellement mais parce qu'elles ne sont pas formées à cette écoute particulière.**

Les infirmières savent écouter avec empathie mais ici, outre cette empathie il s'agit de pratiquer une écoute compréhensive permettant au salarié de donner un sens à sa souffrance du fait du travail pour qu'il se rapproche à nouveau de son collectif de travail afin de trouver des solutions ensemble.

En Service de santé au travail plus encore qu'ailleurs il est indispensable d'avoir la confiance des salariés pour qu'ils acceptent de parler de leur travail. En effet l'infirmière est souvent vécue par le salarié comme « imposée par l'entreprise » et parfois « assimilée à l'entreprise » si son comportement laisse à penser qu'il y a collusion entre l'employeur et elle.

L'article R.4312-9 du Code de la santé publique définissant « son indépendance professionnelle que nul ne peut aliéner et qu'elle ne peut accepter de rétribution fondée sur des obligations de rendement qui aurait pour conséquence une restriction ou un abandon de cette indépendance » la met à l'abri de cette dérive.

C'est la raison pour laquelle il est essentiel que des liens de confiance puissent se nouer avec les salariés. Le fait de respecter ses devoirs professionnels lui permet d'être forte de la confiance des salariés c'est le cas en particulier de l'article R.4312-26 du Code de la santé publique : « L'infirmier ou l'infirmière agit en toute circonstance dans l'intérêt du patient. » Encore faut-il savoir où réside l'intérêt du patient ? La réponse en est simple, son intérêt lui seul le connaît et il ne le dira que s'il a confiance dans son interlocuteur et qu'il aura la certitude de ne pas être trahi.

Comment apporter la preuve que ce qui se dit fait partie intégrante du secret médical et que la confidentialité des propos sera respectée (articles R.4312-4 et 5 du Code de la santé publique) En le disant clairement en préambule à tout échange et bien entendu en s'y tenant. L'entreprise est un petit monde où tout se sait un jour ou l'autre.

L'infirmière de santé au travail qui structure son activité à l'aune de ses devoirs professionnels et de ses obligations réglementaires y gagne en assurance et en cohérence. Et quand bien même son rôle, en ce qui concerne ses missions n'est pas clairement défini dans les textes c'est sur la trame des règles de métier que se tisse sa professionnalité.

Martine MANGIONE

RECENSEMENT DES ÉQUIPES MÉDICALES

Compte rendu des débats du Congrès SMT de décembre 2007

La majorité des médecins en santé au travail travaille en interentreprises avec des assistantes, il y a deux médecins en santé au travail en service autonome et une infirmière en service autonome est présente.

Dans le cadre de cette réforme se pose la question de la présence des embauches d'infirmières DUIST en service inter et à qui on propose une approche médicalisée. Des expériences sont faites à Bordeaux et Lille où un rapport est en cours sous la tutelle du Pr BROCHARD. L'infirmière interroge le salarié et remplit un questionnaire de dix-huit pages pour décongestionner le service. Quand le médecins en santé au travail passe il signe les aptitudes. Cette infirmière a été affectée avec un médecin pour faire remplir des questionnaires et des fiches d'entreprise. L'infirmière souffre au travail car ne comprend pas ce qu'on attend d'elle. On lui délègue les SMR bruit, écran et des risques spécifiques. Par exemple, la surveillance *Travail de nuit* est constituée d'un questionnaire à l'issue duquel elle oriente le salarié en fonction d'un arbre décisionnel. Le médecin en santé au travail ne fait plus de fiche d'aptitude.

À Lille l'idée est que des infirmières fassent des visites avec un protocole (proposition du GIT) par un questionnaire de santé. Elles ont réalisé un montage audiovisuel **non sous la responsabilité d'un médecin du travail mais d'un médecin coordinateur**. Elles siègent au CHSCT. Elles ne travaillent pas avec un seul médecin en binôme mais sont sous la dépendance de plusieurs médecins.

On assiste à une confusion entre la mission de l'infirmière de consultation médico-professionnelle et le dossier infirmier.

Ailleurs, face à une proposition du MIRTMO qui ne satisfaisait pas les médecins de la région, un groupe de travail s'est constitué dans un service pour mettre en place, de manière concertée entre les médecins et l'infirmière, un mode de fonctionnement compatible avec la réglementation et les compétences réciproques des médecins et de l'infirmière.

QUEL EST LE RÔLE DES MIRTMO ?

Le rôle des MIRTMO est d'accompagner les demandes dérogatoires au plan commun. Il est rare que le MIRTMO fasse avec l'accord de la DGT. Une piste est à explorer : l'existence dans le code de déontologie médicale d'un article définissant les relations du médecin et de l'infirmière. Dans la législation française, le poids politique des médecins par rapport à l'infirmière et la déontologie, **l'infirmière est sous la responsabilité technique du médecin.**

Une expérience à signaler en service autonome qui fonctionne bien et depuis de nombreuses années où le médecin du travail délègue un certain nombre de tâches à l'infirmière sous sa responsabilité technique. Ils arrivent ainsi à coopérer dans le respect de leur indépendance personnel. En service interentreprise de nombreuses difficultés existent par rapport au service autonome. F. BARDOT d'ailleurs a fait des écrits très précis sur la question. Il n'est pas question de « clinique médicale infirmière » Mais la question du pré-tri ouvre la question de la sous-traitance ?

QUELLE EST LA PART D'AUTONOMIE DE L'INFIRMIÈRE ?

Grâce à un processus de formation à acquérir elle pourra prendre son autonomie. **Il est possible de faire une véritable équipe médicale avec les infirmières qui souhaitent construire leur métier.** Pour cela il faut desserrer l'état juridique et avoir les moyens institutionnels. Les médecins en santé au travail souhaitent-ils un encadrement dans le service de santé au travail car il existe des risques de filtrage de nos interventions si nous n'avons plus de responsabilité collective. Ils ont imaginé que l'infirmière pouvait avoir un entretien entre les visites.

QUELLE EST LA SPÉCIFICITÉ DU TRAVAIL DE L'INFIRMIÈRE ET DU MÉDECIN ?

Lors de la consultation médico-professionnelle, l'infirmière peut aider au dévoilement épidémiologique dans les groupes

de travail par son intégration dans l'entreprise. Expérience en service autonome de ce travail en binôme où chacun coopère dans sa propre spécificité.

Piste : À partir chacun de notre professionnalité élaborer des règles de métier en matière de repérages des risques, de veille sanitaire, et d'alerte et s'en servir en tant qu'indices de recueil de santé.

En service interentreprise le binôme médecin/infirmière ou secrétaire/médecin notion est très rare et c'est une notion qui n'est pas très appréciée. Décision de résister sur :

Les Pratiques en rôle propre de l'infirmière uniquement s'il y a un cadre juridique de délégation de tâches et dans le cadre d'une équipe médicalisée.

Faire la différence entre la veille sanitaire qui procède d'un diagnostic et la veille sanitaire qui procède d'un instrument d'indicateur de santé pour définir les tâches.

Tiers temps : face à l'angoisse que le tiers temps soit confié aux infirmières on peut envisager que cela devienne la tâche des IPRP. Notion importante à déterminer, le travail en coopération c'est faire un travail différent ensemble alors que la collaboration contient une notion de subordination. Il semble qu'on ne puisse pas faire l'impasse de l'influence, de la structure où le médecin exerce, sur le travail du médecin. En entreprise avec une infirmière cela ne se traduit pas de la même façon sur la pratique du médecin, qu'en entreprise sans infirmière, ou en service inter.

Josiane CRÉMON, Martine MANGIONE

MÉDECINS DU TRAVAIL ET INFIRMIÈR(E)S DU TRAVAIL UNE ÉQUIPE À CONSTRUIRE

La question des équipes médecins et infirmières émerge par défaut dans un contexte de pénurie de médecins qui ne touche pas seulement la santé au travail, mais également la médecine générale, c'est-à-dire les médecines de première ligne. Dans d'autres pays, les tâches sont différemment partagées entre médecins et infirmières ; la formation des infirmières est différente. Il convient donc d'examiner dans quelles conditions un suivi médical en santé au travail, respectant les missions réglementaires assignées à ce jour au seul médecin du travail, alors que les services de santé au travail n'ont toujours pas de mission clairement définie sur le plan juridique, pourrait voir le jour.

UN PEU D'HISTOIRE

Dans l'Antiquité, il était impossible de distinguer l'infirmier du médecin. La construction de deux métiers différents qui partagent de longue date, des fondements et des valeurs similaires, s'inscrit dans l'histoire de l'homme, tant la souffrance physique est aussi vieille que l'histoire de l'homme.

L'action de soigner aurait deux origines(1). La première serait « d'assurer la continuité de la vie du groupe et de l'es-

.....

1 - S. KEROUAC et co-auteurs, *La pensée infirmière, conceptions et stratégies*, Paris, Éd. Maloine, 1994, p.4

pece » par un ensemble d'actes quotidiens, d'habitudes de vie et de soins du corps ; tous soins qui relèvent des compétences des femmes (déjà « le care » !). La seconde serait représentée par des soins réclamant une force physique ou l'utilisation d'outils (incision ou suture). Ces soins seront le fait des hommes, essentiellement en temps de guerre. Plus tard, dans un univers où le poids du religieux est considérable, ce seront les ordres religieux féminins qui assumeront l'essentiel du soin aux nécessiteux dans les hôpitaux créés par l'Église dans les Hôtels-Dieu.

L'histoire des soins (et donc du métier d'infirmière) est liée à l'histoire des femmes qui seront pendant très longtemps exclues de l'accès à la médecine (la première femme française docteure en médecine sera diplômée en 1875). La construction des rapports entre ces deux métiers sera donc longtemps liée à l'histoire des rapports sociaux de sexe.

À partir du 18^e siècle, les travaux de Jenner, puis au 19^e siècle ceux de PASTEUR et de Claude BERNARD annonceront l'ère de la médecine scientifique.

C'est aussi au 18^e siècle que Florence NIGHTINGALE, infirmière anglaise, contribuera à l'élaboration des soins infirmiers, spécifiques du métier, alors que jusque là, les infirmières ne travaillaient que sur prescription médicale (ce

dont il est légitime de douter, à travers les connaissances constituées depuis sur le travail invisible du soin). « *L'activité infirmière est donc dirigée vers la personne et son environnement, et vise le maintien et le recouvrement de la santé, la prévention des infections et des blessures, l'enseignement des modes de vie sains et le contrôle des conditions sanitaires* »(2). Presque un siècle plus tard aux Etats-Unis, au début du 20^e siècle, Virginia HENDERSON développera une seconde conception du métier et une définition différente des soins infirmiers « *Ils consistent principalement à assister l'individu, malade ou bien-portant, dans l'accomplissement des actes qui contribuent au maintien ou à la restauration de la santé (ou à une mort paisible) et qu'il accomplirait par lui-même s'il avait assez de force, de volonté ou de savoir. C'est probablement la contribution spécifique de l'infirmière de pouvoir donner cette assistance, de manière à permettre à celui qui la reçoit d'agir sans recours extérieur aussi rapidement que possible...* ». Elle pense qu'« *il sera difficile de se débarrasser de cette conception qui considère les soins infirmiers comme dépendants de la médecine* ».

LES ÉVOLUTIONS DU MÉTIER D'INFIRMIÈRE

Ces théories du « soin infirmier » aboutiront selon les pays à des définitions réglementaires différentes, à des formations différentes, et en France à une définition en 1946 (J.O. du 9 avril 1946) qui subordonne totalement le soin infirmier à la prescription médicale : « *est considérée comme exerçant la profession d'infirmière ou d'infirmier toute personne qui donne habituellement, soit à domicile, soit dans des services publics ou privés d'hospitalisation ou de consultation, des soins prescrits ou conseillés par un médecin* ». D'autres étapes, et sans doute l'influence de l'Europe, seront nécessaires pour aboutir à la loi du 31 mai 1978 qui confère au métier d'infirmière une fonction triple :

- une fonction indépendante par laquelle elle apporte une contribution particulière au développement de la santé : c'est le « rôle propre » ;
- une fonction dépendante lorsque l'infirmière applique les prescriptions médicales ;
- une fonction interdépendante, lorsque l'infirmière travaille avec d'autres professionnels.

Plus récemment c'est le décret 2004-802 du 29 juillet 2004 du Code de santé publique qui définit le rôle propre de l'infirmier dans ses articles R.4311-1 à R.4311-5 :

Dans l'article R.4311-3, il est précisé :... « *Il (l'infirmier) identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soins, met en oeuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers* ». Le diagnostic infirmier est « *l'énoncé d'un jugement clinique sur les réactions aux pro-*

blèmes de santé présents et potentiels, aux processus de vie d'une personne, d'une famille ou d'une collectivité. Ils servent de base pour choisir les interventions de soins visant l'atteinte de résultats dont l'infirmier est responsable » (définition de l'association nord américaine des diagnostics infirmiers, inscrite dans la réglementation française). **Le diagnostic infirmier identifie les besoins du patient**, afin de mettre en œuvre les actions appropriées dans l'intérêt de ce dernier.

Dans les articles R.4311-1 à R.4311-15 du Code de santé Publique, concernant l'exercice de la profession d'infirmier, on relève que ce métier comporte « *...la participation à des actions de prévention, de dépistage, de formation et d'éducation à la santé ...* », que « *...les infirmiers ou infirmières sont soumis au respect de règles professionnelles et notamment du secret professionnel* », « *qu'ils exercent leur activité en relation avec les autres professionnels du secteur de la santé, du secteur social et médico-social et du secteur éducatif* ». « *Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes ou dispense les soins suivants visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et comprenant son information et celle de son entourage : (...)* recueil des observations de toute nature susceptibles de concourir à la connaissance de l'état de santé de la personne et appréciation des principaux paramètres servant à sa surveillance (...) participation à la réalisation d'explorations fonctionnelles, à l'exception de celles mentionnées à l'article R.4311-10, et pratique d'examen non vulnérants de dépistage des troubles sensoriels (...) recueil des données biologiques obtenues par des techniques à lecture instantanées suivantes, urines et sang (...) entretien d'accueil privilégiant l'écoute de la personne avec orientation si nécessaire (...) aide et soutien psychologique (...) observation et surveillance des troubles du comportement. Selon le secteur d'activité où il exerce, (...) et en fonction des besoins de santé identifiés, l'infirmier ou l'infirmière propose des actions, les organise ou y participe dans les domaines suivants (...) dépistage, prévention et éducation en matière d'hygiène, de santé individuelle et collective et de sécurité (...) dépistage (...) des maladies professionnelles (...) des pratiques addictives, participation à des actions de santé publique, recherche (...) et participation à des actions de recherche pluridisciplinaire. »

Le Code de santé publique, dans sa définition la plus récente, affecte à la profession d'infirmier beaucoup de tâches transférables en médecine du travail.

Le Code de déontologie infirmier français est officiel et est intégré au Code de santé publique (articles R.4312-1 à R.4312-49). Un ordre national des infirmiers a été institué en 2006. Il existe également un Code de déontologie international comportant quatre grands volets : l'infirmière et l'individu, l'infirmière et la pratique, l'infirmière et la profession, l'infirmière et ses collègues.

Le Code de déontologie médicale encadre le métier de médecin.

.....
2 - S. KEROUAC et co-auteurs, op. cité

LA QUESTION DE L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE POUR UN EXERCICE DANS LE CHAMP SOCIAL

L'EXISTANT

Dans beaucoup de services de santé autonomes des infirmières sont présentes au côté des médecins du travail. Le Code du travail prévoit un infirmier pour les établissements industriels. Dans des entreprises adhérentes à des services interentreprises des infirmières sont présentes (obligation à partir de 200 salariés pour les établissements industriels) à temps plein, alors que le médecin n'intervient qu'un jour par semaine par exemple ; cette obligation n'est pas toujours respectée. Dans ce cas, les infirmières sont souvent rattachées au service Ressources Humaines. À ce jour, il n'y a pas d'infirmière dans les services interentreprises sauf à titre expérimental. Dans les services de santé au travail des hôpitaux, l'équipe comporte déjà une secrétaire, une infirmière, parfois une psychologue clinicienne (ou du travail) et le médecin du travail.

Donc, il y a une alternative possible :

- L'infirmière est directement salariée de l'entreprise sans autre protection que ses règles professionnelles. Elle ne bénéficie d'aucune des protections particulières liées à un exercice dans le champ social.
- L'infirmière est sous la dépendance hiérarchique du médecin du travail et bénéficie alors par son intermédiaire de la protection de ce dernier. Cette situation semble rare.

Se pose donc la question pour les services interentreprises de santé au travail :

- L'infirmière bénéficiera-t-elle du même statut d'indépendance et des mêmes protections que le médecin du travail ?
- L'infirmière, tenue au secret professionnel, pourrait-elle être placée sous l'autorité autre qu'administrative, d'un directeur de service ?
- L'infirmière serait-elle placée sous l'autorité hiérarchique du médecin du travail et bénéficierait-elle indirectement de la protection de ce dernier ? Il paraît pourtant logique, que dans son rôle propre, l'infirmière bénéficie individuellement et directement, d'un statut garantissant son indépendance technique et professionnelle.
- Le métier d'infirmière tel que décrit par le Code de santé publique place l'infirmière dans une relation de subordination partielle au médecin.

CONSULTATION INFIRMIÈRE ET CONSULTATION MÉDICALE

La consultation médicale et la consultation infirmière ont des finalités différentes. Le diagnostic infirmier est un diagnostic de besoin (diagnostic symptomatique), conseil, orientation, éventuellement vers une consultation médicale. L'accès au corps, tel qu'il est actuellement enseigné dans la formation des infirmières est orienté vers la mesure de

constantes ou la pratique de prélèvement, ce qui n'est pas une pratique fréquente en médecine du travail. Un exercice protocolisé, avec questionnaires adaptés en fonction des risques au poste de travail est envisagé par d'aucuns. Pour d'autres le travail infirmier consisterait en la conduite d'entretien médico-professionnel, moyennant une formation professionnelle adaptée. Des entretiens menés auprès des différents salariés d'une entreprise permettraient alors d'établir un diagnostic de besoin collectif ou individuel avec études de poste, intervention d'IPRP, etc. Dans ce mode d'exercice, quels seraient les rapports entre médecins du travail et infirmier(e)s : intervention de l'infirmier(e) en responsabilité propre ou en délégation de responsabilité.

La consultation médicale se doit, dans certains cas, d'aboutir à un diagnostic étiologique ; l'entretien clinique et l'examen du corps sont indissociables, les données de l'un enrichissent l'autre et vice-versa même si l'examen du corps n'est pas toujours indispensable. Le résultat de la consultation pour un individu donné, isolé, pourra aboutir à l'établissement de certificats médicaux faisant un lien entre la symptomatologie et la situation de travail (certificat constatant une maladie professionnelle ou à caractère professionnel) : il s'agit là d'une obligation liée à l'exercice médical (Code déontologie-article 50 : « *Le médecin doit, sans céder à aucune demande abusive, faciliter l'obtention par le patient des avantages sociaux auxquels son état lui donne droit. À cette fin, il est autorisé, sauf opposition du patient, à communiquer au médecin-conseil nommé désigné de l'organisme de sécurité sociale dont il dépend, ou un autre médecin relevant d'un organisme public décidant de l'attribution d'avantages sociaux, les renseignements médicaux strictement indispensables.* » et Code de la Sécurité Sociale dans son article L.461-6 « *En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire, pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel.* »

Les obligations médico-légales des médecins du travail ne peuvent pas être considérées comme partie négligeable de leur exercice. Par exemple des symptômes évocateurs de TMS des membres supérieurs, pour prendre en exemple une pathologie très fréquente, nécessitent un interrogatoire précis à la recherche de symptômes souvent décalés des horaires de travail, un examen somatique rigoureux. Il convient, bien sûr, d'y associer l'entretien clinique qui permet de comprendre le contexte de survenue des manifestations pathologiques pour que soient élaborée la stratégie de prise en charge individuelle et l'intervention éventuelle en prévention primaire.

L'équipe médicale comprend aussi les secrétaires assistantes en santé au travail. Comment faire évoluer l'équipe, avec l'adjonction d'infirmier(e) sachant que les fonctions tenues par les assistantes sont très variables d'un service à l'autre, en fonction des formations dont elles ont bénéficié au cours de leur trajectoire professionnelle.

La tenue du dossier médical : Le dossier médical serait partagé, les infirmier(e)s noteraient leurs observations personnelles, leur hypothèses.

La participation au CHSCT : Dans les hôpitaux, les infirmières participent aux CHSCT, à côté du médecin du travail. Quelle pourrait être leur participation aux CHSCT en service interentreprise, où il n'est déjà pas possible, à l'heure actuelle, au médecin du travail, d'être présent ? Il ne peut pas y avoir de délégation de tâches pour cette mission très particulière du médecin du travail. La participation de l'infirmière au CHSCT ne peut se concevoir qu'en responsabilité propre, responsabilité qui actuellement n'est pas reconnue par le Code du travail, responsabilité qui renvoie à la ques-

tion de son statut, de son indépendance et de la protection dont elle bénéficie.

Un exercice en équipes médicales comportant des infirmières en santé au travail nécessite que soient préalablement définies clairement les missions des services de santé au travail. À ce jour, celles-ci se confondent avec les missions du médecin du travail. Les évolutions actuelles laissent imaginer une évolution des SST vers des fonctions de prestataires de service (cf. les textes proposés par le MEDEF aux négociations actuelles) : quelles seront alors les missions des médecins du travail et des infirmier(e)s ? Quelle complémentarité construire pour une meilleure prise en charge des questions de santé au travail en prévention primaire ?

Annie DEVEAUX, Josiane CRÉMON

(Compte rendu enrichi des débats du Congrès de décembre 2008)

BIBLIOGRAPHIE

M.-F. COLLIÈRE, *Promouvoir la vie*, Paris, Inter Éditions, 1982, p.24

ATTEINTES À LA SANTÉ ET NOUVELLES ORGANISATIONS DU TRAVAIL QUELLES STRATÉGIES D'ACTION ?

Compte rendu des débats du Congrès SMT de décembre 2007

Les débats sont le reflet d'une certaine impuissance des médecins du travail confrontés à de nouvelles organisations dont les effets délétères ont produit des mécanismes pathologiques qui par leur existence entravent, aussi, les recherches d'issues pour la santé.

Une liste en est dressée au cours de la matinée :

- Réification des salariés
- Travail de sappe de ce qui pourrait toucher au « professionnel »
- Crise du sens du travail
- Clandestinité du « travailler »
- Perte des repères et de l'action collective
- Négation du réel des situations
- Stigmatisation de l'arrêt de travail

Autant d'obstacles qui minent les stratégies d'actions des médecins du travail. Ces derniers se retrouvent face à un chaos institué, un « grand désert » où syndicats et institutions représentatives sont très affaiblis.

La question de la somatisation, engendrée par l'impossibilité de nommer ce qui rend malade, est au premier plan. La somatisation est la forêt que cache l'arbre les manifestations psychiques, au sens strict, dues au travail. Elle constitue sans doute la quotidienneté du médecin de soins, si on en juge par ce que les médecins et infirmières du travail présents observent notamment pour les salariés précaires (pour qui nommer revient à s'exclure).

En outre, les médecins du travail se sentent peu autorisés à suivre les gens : « *Il m'a écouté et m'a dit : je ne peux rien*

faire ». Seuls nos collègues en charge de petites structures notent qu'il est parfois plus facile d'agir dans un tel cadre du fait de la proximité des personnes et l'incontournable des réalités vécues en commun. Devant l'absence des services sociaux, certains ont mis en place un suivi personnalisé, qui se substitue à eux, ce qui parfois relève de l'exercice de la médecine de main d'œuvre, bénévole sinon militante.

Il est étonnant de constater comment la question de l'arrêt de travail est spontanément évoquée comme stratégie (éloge de la fuite ?)

La possibilité de « botter en touche » dès lors qu'une situation de travail est dangereuse pour la santé du salarié, ce que certains appellent « l'évacuation sanitaire », est rendue difficile du fait de la réticence de certains médecins généralistes à prescrire des arrêts, en référence à la pression insistante des organismes d'assurance maladie en matière de contrôle des prescriptions. Mais si certains sont apeurés, d'autres résistent.

La situation des médecins conseils est évoquée. Leurs confrères médecins du travail s'interrogent sur leur capacité à réfléchir collectivement sur leur exercice et l'existence de stratégies défensives inconscientes parmi ce corps professionnel.

Il est également constaté, exemples à l'appui, que la réticence à prescrire est entretenue par l'existence de plus en plus envahissante des médecins de contrôle patronal dont l'ambiguïté du rôle est encore plus manifeste dans certains régimes spéciaux où ils sont aussi médecins conseils.

Seuls les médecins du travail posent la question du sens de l'arrêt de travail : son lien aux situations de travail et à son organisation ne méritent-ils pas une prévention plus tournée vers la réalité sociale ? Réprimer les arrêts, comme tels, sans tenter d'en cerner les causes et d'y porter remède, n'est-il pas à terme contre productif pour la santé mais aussi d'un point de vue économique ? Les transferts de coût entre les branches maladie et AT-MP sont en effet évidents pour tous les participants.

La visite de pré reprise paraît importante pour pouvoir permettre une mise en mots de la réalité. Celle du lien de la pathologie au travail, celle de l'étude de poste ou de l'intervention auprès de l'employeur qui vont permettre une « véritable » réinsertion au travail. Des expériences de suivi médical professionnel pendant l'arrêt sont évoquées : la nécessité de se livrer à une étude de poste en amont de la reprise peut constituer une stratégie remplaçant le travail au cœur de la problématique.

Hélas, induit par le médecin traitant ou le médecin conseil, l'examen de pré-reprise n'est pas ou peu demandé. Quant à sa demande par le salarié, elle est freinée par son un certain *a priori* négatif sur les possibilités d'action du médecin du travail ou son abandon de tout espoir d'amélioration.

La tonalité des expressions sur les difficultés de l'exercice de la médecine du travail est très négative parmi les participants. La description de cette perte de la capacité d'action,

la cantonnant à la limite de la ruse, du compassionnel impuissant, du malmenage des pratiques professionnelles par la rudesse des pratiques sociales, s'accompagne d'une vive émotion. Pourra-t-on résister ? Devons-nous être des militants, faut-il aller au front ? demandent certains. Impuissance ou héroïsme ? S'agit-il de choisir ?

Émerge alors la question du courage. Selon un quotidien, les médecins du travail manqueraient de « courage ». Mais qu'est-ce qu'une société où pour soigner ou prévenir les altérations de la santé du fait du travail (et peut être « informer ») il faudrait du courage ? L'exercice « normal » d'un métier ne doit pas exiger de courage, sauf à ce qu'il occulte alors un problème social.

Quand une société ne supporte plus la réalité et la dissimule dernière des opinions et des professions de foi factices, dans laquelle l'*hubris* tient lieu de politique, c'est qu'elle est en voie de disparition.

La négation dans l'entreprise de la réalité du travail, la cécité sur l'activité de travail, la réduction du travailleur à un objet à valeur économique exclusive, qui se dissimulent derrière la communication en toile peinte, sont la source même de la crise sociale. Exerçant au cœur du mensonge, les médecins du travail, par fonction, doivent agir pour le dissiper et permettre la mise en lumière des pathologies qu'engendre un tel système.

Alors, oui ! quand il n'y a plus de travail et qu'il n'y a que des ennemis, il leur faut du courage, pas celui de la violence, mais celui de la dénégation, de la persévérance et de la réalité :

- Dénier toute pertinence aux discours tout faits, aux analyses de surface et aux solutions délétères.
- Comme médecins, exercer la persévérance hippocratique : tout homme, toute femme qui s'adresse à nous est un sujet, libre de son destin, que nous avons le devoir d'aider à cheminer dans la recherche de ce qu'il ou elle considère comme sa santé.

Pas n'importe quelle réalité cependant, mais celle que nous enseigne la clinique médicale : « *du symptôme au signe, de l'observé au signifiant* », « *Toute théorie se tait ou s'évanouit toujours au lit du malade* », « *l'art de décrire les faits est le suprême art en médecine : tout pâlit devant lui* »(1).

Ainsi, loin de l'impuissance, apparaissent dans le débat des lignes de conduite pour agir. Il faut s'en tenir au réel et non aux opinions :

- prendre et se donner du temps ;
- mettre en mots ce que nous observons ;
- nommer le travail en référence à l'activité du sujet, dire obstinément ce que nous percevons et la nécessité d'un débat professionnel ;
- donner du sens aux somatisations, en faire ré émerger la question du travail.

.....
1 - Les citations sont de PINEL, CORVISARD et AMARD tirées du livre de Michel Foucault : *Naissance de la clinique*, PUF, 1963

Le travail entre pairs est, au sens propre, notre garde fou.

Certains évoquent aussi la possibilité de structurer des consultations cliniques centrées sur la réalité du travail dans un cadre extérieur à l'entreprise.

Le lien avec les médecins d'autres exercices (médecins traitants, MIRTMO...) paraît indispensable, non seulement du côté de la *métis* mais aussi de la mise en compréhension et de la protection.

Parce qu'enfin, si le travail ne permettait plus qu'on y construise sa santé, en disparaissant comme lieu d'émancipation et de lien social, qu'en resterait-il, sinon un lieu vide de sens et délétère, devenu une pure machine à aliéner ? C'est cela que nous refusons, quelles que soient nos positions morales ou politiques respectives, tout simplement parce que nous sommes médecins.

Ève SEMAT

ÉVOLUTION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL, À LA LUMIÈRE DES RAPPORTS GOSSELIN ET DE L'IGAS

Compte rendu des débats du Congrès SMT de décembre 2007

À partir des deux rapports

- celui appelé rapport GOSSELIN,
- celui de l'IGAS.

Des questions se posent car beaucoup de points restent dans l'ombre :

- Qu'est-ce qui est du ressort de l'employeur ?
- Qu'est-ce qui serait du ressort des services de santé au travail ?

Ces questions sont de l'ordre de la responsabilité juridique des services de santé au travail, ce qui n'a rien à voir avec leur gestion. Il y a aussi le fait que les responsabilités personnelles et générales ne sont pas bien précisées. De même se posent des questions sur la responsabilité morale et médicale d'un service. Il s'agit dans notre débat de repérer les questions sans se limiter aux questions infirmiers, médecins, IPRP.

Voyons d'abord le contenu des deux rapports. Ensuite seulement nous pourrions en débattre.

RAPPORT GOSSELIN

Il clarifie :

- les questions d'aptitude et d'inaptitude,
- la protection de la santé,
- l'accès et le maintien au travail pour les seniors.

Des questions restent en suspens : pour l'aptitude on est déçu. Il reste des flous :

- Pour l'embauche, il faut s'assurer qu'il n'y a pas d'incompatibilité au poste de travail ; l'accord du salarié n'est pas précisé.
- Complexité du régime juridique.
- La dimension sociale du maintien dans l'emploi n'apparaît pas.
- Par contre on parle d'incompatibilité entre santé et postes de travail (on est dans la sélection).
- On propose de garder l'aptitude pour les postes de sécurité.

Ce rapport reste donc ferme sur l'aptitude sécuritaire et la confie au médecin du travail. L'aptitude sécuritaire ne l'a pas ébranlé. Il évacue le consentement éclairé. Il explique que c'est pour le bien du salarié (ce qui est le cas de nombreux médecins du travail, qui cherchent à se protéger).

L'inaptitude temporaire est prévue et officialisée : c'est une ouverture. Le médecin du travail peut donner un cadre à la soustraction du travail avec le médecin traitant.

Le rapport ne tient pas compte des dispositifs mis en place pour le maintien dans l'emploi.

Il y a l'incertitude juridique, reprise dans le rapport FRIMAT-CONSO. L'employeur essaie de déléguer à d'autres acteurs la responsabilité, notamment au médecin du travail. L'employeur croit qu'il est protégé alors qu'il n'en est rien. C'est cela l'incertitude juridique. Les médecins croient également qu'ils n'auront pas d'ennui. « Ils bétonnent ».

Même dans la fonction publique où l'inaptitude n'existe pas, des médecins mettent des aptitudes et ne savent pas que la loi ne le prévoit pas.

En conclusion, le rapport GOSSELIN ne propose pas de réforme de la médecine du travail mais des aménagements et des inflexions.

RAPPORT DE L'IGAS

Le rapport de l'IGAS, tout au contraire, s'avance vers une réforme de la médecine du travail, et ceci dans un délai très court.

CONFUSION ENTRETENUE ENTRE LES RÔLES DES ACTEURS : MÉDECIN DU TRAVAIL ET EMPLOYEUR

Ce rapport va vers un transfert de responsabilité des employeurs vers les services de médecine du travail, en exemptant les employeurs de certaines responsabilités. Le médecin du travail a une responsabilité de moyens mis en œuvre pour le maintien de la santé des salariés. L'employeur a une responsabilité de résultat.

Mais pour le juge, qu'est ce que c'est que la santé ? Un mal être ? Une dépression ?

Le droit à la santé de la constitution de 46 est ignoré. On voulait abolir ce qui a été fait en 1946.

Il y a de grands absents dans le rapport de l'IGAS :

- d'abord les salariés ;
- les inégalités sociales de santé au travail ;
- les tutelles administratives qui sont défaillantes actuellement ; elles ont des difficultés à assumer leur rôle ;
- le conflit d'intérêt des employeurs n'apparaît pas.

Des confusions sont présentes : par exemple au niveau de la fiche d'entreprise. Elle aurait pour objet que le médecin du travail fasse des propositions d'amélioration. Elle constituerait une fiche prescriptive à laquelle, l'employeur doit don-

ner une réponse et utiliser le CHSCT pour ce faire. Il y a une proposition de fondre la fiche d'entreprise avec le document unique (ce qui en fait se fait déjà par certains médecins du travail).

La seconde partie porte sur l'organisation des services :

- valorisation des infirmières et des assistantes (qui doivent passer par des formations),
- critiques de la façon dont fonctionnent les IPRP.

Les équipes médicales : médecin + para médical + assistante. Le para médical et l'IPRP doivent être sous la responsabilité du médecin également.

D'après le rapport, il ne serait pas possible de remettre en cause le fondement juridique des IPRP qui ont une bi appartenance. Ils peuvent être sous la responsabilité des employeurs ou des services de santé au travail. La distinction entre prévention de la santé et gestion des risques n'existe pas.

Donc les IPRP sont des conseils aux entreprises. Du côté interdisciplinaire il y a un médecin responsable des IPRP. Les IPRP seront donc sous la houlette de ce médecin indépendant, ceci permet aussi l'activation avec les autres médecins de santé au travail.

En ce qui concerne l'aptitude, l'évolution est plus radicale : suppression de l'aptitude à l'embauche (ne sert pas à affirmer une capacité de cette personne).

QU'EN EST-IL DU RÔLE JURIDIQUE DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL ?

Il n'y a pas : dans le droit actuel d'aujourd'hui, c'est la mission du médecin du travail. Il faut introduire une définition de cette mission des services de santé au travail.

Les services de santé au travail (personne morale), contribuent à la prévention des risques sanitaires au travail et mettent en œuvre des plans établis dans chaque entreprise, chaque année. Les services de santé au travail participent aussi à la veille sanitaire et contribuent à la progression de la santé au travail.

Les IPRP continueront à être de la main gauche des membres de l'employeur et de la main droite des membres des services de santé au travail.

La construction est pyramidale :

Plan santé publique



Plan santé au travail



Plan décliné par les services de santé au travail

Tous ces plans pèsent sur l'indépendance des médecins du travail qui n'est plus défendue. Ce sont les directeurs ou présidents qui managent les commissions médico-techniques. N.B : Pour les petites entreprises, rien n'est prévu.

Un autre absent du plan est le travail. Éloignement du travail vers la santé publique :

- disparition de la DRIRE ;
- rapprochement avec la DRASS.

Le travail disparaît et s'élargit à une conception :

- de santé,
- de problème environnementaux.

Pourquoi ? La tutelle est incompétente, les directeurs régionaux sont incompétents en santé.

Y A-T-IL UN FACTEUR RÉGULATEUR ?

Rien ne l'indique dans le texte. Nous avons été exclu de par le travail du monde de la santé. L'idée de la tutelle est importante et surtout le fait qu'elle ne soit pas que travail est important. L'accréditation des services de santé au travail est subordonnée à quatre domaines complémentaires : sécurité, toxicologie, ergonomie et psychologie du travail. Le poids de la scientificité prime. Il faudra nommer des enseignants chercheurs. L'importance de l'université s'accroît.

Le point le plus important soulevé est que le service de santé au travail n'existe pas comme personne morale, parce que l'objet n'existe pas. Tout le contrôle social est légitimement fondé sur le contrôle de l'activité du médecin du travail.

Dans les services de santé au travail, il y a une part qui relève du médical et une part qui n'en relève pas. Les services ont connu une évolution de la santé au travail, vers la santé publique. Un regard de l'État existe toujours.

Quelques questions se posent :

- Est-il fondé que la partie non médicale soit dans le cadre du contrôle social ? Il n'y a jamais eu de débat sur cette question ?
- Pour la partie médicale, jusqu'où doit on aller vers l'autonomisation du service médical ? Seul resterait légitime le contrôle social sur la partie médicale.

En effet on ne peut garder le contrôle social sur les parties dépendant d'autorité supérieure.

Il faut un débat sur le service médical, à savoir : quelle est la composante humaine ? médecin, psychologue, autres intervenants ?

Notre intervention en tant que médecin est définie par notre responsabilité sur notre secteur.

Comme nous nous acheminons vers l'impossibilité de suivre individuellement une population, il faudra accepter une responsabilité collective d'une partie du service de santé au travail.

Le champ change, il faut poser des alternatives sur la table, et ces alternatives sont différentes pour un service autonome et pour un service interentreprise.

Si on part du fait qu'il n'y aurait pas une rencontre avec un médecin, mais avec des membres d'une équipe, cela déstabilise notre engagement. Jusqu'où le médecin sera responsable ? Nous sommes en train de perdre tous nos repères.

Par rapport aux IPRP nous sommes en déficit de réflexion et de débat. Ces IPRP vont prendre de plus en plus de place. Quel en sera le contrôle social ? Déterminer les orientations ? Les objectifs communs ? Au fait servira-t-il encore à quelque chose ?

Dans les services inter, ce contrôle est bidon. Il est fait de gens incompétents en matière de santé, comme l'est la direction des services médicaux du travail. Les services de santé au travail seront efficaces si l'objet est la santé, et qu'on ait des personnes compétentes en matière de santé.

En fait, depuis l'an 2000 on mélange santé, gestion des risques et conditions de travail. Nous sommes victimes de cela ; la question de la santé au travail peut être abordée de manière médicalisée. Nous devons sauvegarder la clinique médicale du travail et garder la connaissance des postes de travail, rien d'autre.

À partir de là, les personnes, les salariés savent comment nous travaillons, quelle est notre compétence et comment nous construisons notre métier.

La HAS (Haute Autorité Sanitaire) représente un danger pour notre pratique professionnelle. Ce n'est pas à elle de nous dire comment nous devons travailler.

Pour engager des professionnels différents, pour déléguer il faut se poser la question de la légitimité des personnes qui font que le service puisse se développer.

Nous avons besoin d'une structure qui préserve notre pratique de la clinique médicale et non une pratique de déploiement des connaissances.

Il s'agit de maintenir notre métier quelle que soit la structure.

Jean-Marie EBER, rapporteur

QUELLE MÉDECINE DU TRAVAIL POUR DEMAIN ?

Nous passons les trois quarts de notre vie éveillée au travail. Alors il n'est pas étonnant que notre santé puisse tant s'y jouer. Il n'est pas étonnant que nos maladies puissent y trouver une partie de ses sources. La santé comme les maladies ont de nombreux déterminants sociaux au-delà de nos histoires singulières et des déterminismes biologiques. On peut comprendre que l'économie du travailler ait un tel impact sur notre santé psychique ; même si notre vie affective, nos désirs et nos amours ne se jouent pas directement au travail.

Le travail est une sphère essentielle pour la construction du lien social. Nous y éprouvons notre capacité à faire avec autrui. Mais le travail est aussi un lieu de subordination contractuelle à l'employeur, un lieu où du fait de la logique juridique d'abandon de responsabilité à l'employeur et de la subordination que ce cadre entraîne, « les manières de servir », les « manières de diriger », la « conformation des êtres et comportements » portent en germe un abandon de notre autonomie morale. Ainsi peut se développer un processus aliénant qui peut nous rendre étrangers aux autres, considérés comme « fou », nous isoler dans la « désolation ». Paradoxe de voir un des principaux lieux potentiels de construction du lien social et de la citoyenneté devenir le vecteur d'un possible effondrement social !

Faire avec les autres, engager notre corps et notre esprit dans une contribution pour transformer la matière, les choses, les services, nous engage donc tout entier. Notre santé s'y construit ou s'y perd. Parfois, trop souvent pour certains, il faut tenir malgré tout, malgré ces souffrances, l'indignation qui nous malmène, car la condition de travailleur « dépendant » ne nous laisserait pas d'autre choix. Et pourtant, tout n'est pas joué d'avance. Tenir ou résister aux effets délétères de certaines conditions de travail ne nous condamne pas à être enfermé dans une posture de retrait, soumise ou aliénée,

si nous recouvrons notre capacité à penser ce qui nous malmène, la cause de nos maux. Les souffrances aiguës peuvent être soulagées par des médicaments. Mais ces derniers ne peuvent rien par rapport aux effets d'enkystement des incompréhensions, vécus d'injustice, peur ou honte qui nous malmènent si profondément.

Pour recouvrer notre capacité d'agir, de pouvoir puis vouloir participer à changer ce qui nous broie, pour pouvoir influencer sur le destin de nos vies, il nous faut pouvoir comprendre les déterminants des organisations du travail, des rapports professionnels, des modalités managériales qui structurent si profondément nos affects et notre santé. L'enjeu est de préserver ou regagner une capacité à être acteur de notre destinée, sans être aliéné par la façon dont nous réagissons à des conditions organisationnelles de travail parfois si délétères.

Travailler n'est jamais « contribuer » dans la solitude. Notre confrontation au réel à travers ce qu'il faut faire, nous confronte aux autres, nous permet d'y prendre appui, nous y adosse. Travailler sous le regard des autres nous permet de pouvoir être reconnu pour ce que nous faisons, par la façon singulière dont nous y contribuons. Travailler nous permet de nous rattacher à une communauté d'appartenance mais aussi de nous en distinguer de façon singulière. Alors ce cadre collectif où nous déployons notre façon de travailler peut être aussi un lieu et un moyen pour tenir, penser, comprendre ce qui nous malmène ou nous broie. Le soutienement par une communauté d'appartenance et de valeurs partagées est premier et essentiel, avant le recours éventuel à une prise en charge médico-psychologique qui nous éloignerait de cette dernière. Bien sur les appuis de la médecine de soins ou une prise en charge « psy », peuvent être nécessaires si notre santé est profondément atteinte. Mais il y a un risque important, individuellement et collectivement, à prôner la

médicalisation de toutes les situations de souffrances au travail. Comprendre avec les collègues, réfléchir ensemble, retrouver un espoir de pouvoir transformer des situations de travail est essentiel pour conduire sa vie. Alors, avant la médicalisation, l'enjeu est de permettre de socialiser ce qui fait difficulté dans le travail. Donner à voir et peut-être à comprendre que ce qui fait souffrir telle personne concerne aussi ses collègues de travail, qu'il y a des déterminants communs que tous auraient intérêt à investiguer.

Les vingt pour cent de salariés qui disposent de l'appui potentiel d'un CHSCT (Comité d'Hygiène et de Sécurité) dans leur entreprise peuvent espérer qu'il s'en saisisse d'une façon ou d'une autre. Et pour les autres ? Plus la mise en visibilité et débat potentiel pour transformer l'organisation du travail sera précoce, plus les atteintes à la santé individuelle pourront être réduites. C'est donc l'enjeu de la déclaration en accident du travail d'un stress post-traumatique. Il faut alors le rattacher à un événement initial potentiellement déclenchant. Dans certains cas, ce stress post-traumatique pourrait être prolongé par une dépression professionnelle, dans d'autres par des épisodes violents, des pulsions suicidaires. Malheureusement aujourd'hui, la caisse AT-MP (Accident du travail-Maladie professionnelle) qui gère pour les employeurs ces risques, multiplie les obstacles à cette possible reconnaissance, comme elle le fait encore pour nombre de tendinites professionnelles, les fameuses TMS. Même un suicide pourrait voir son lien avec le travail reconnu plus facilement par ce processus. Sinon il reste, pour faire reconnaître la part de la responsabilité du travail dans un suicide, à le déclarer en maladie professionnelle. Mais il faudra en démontrer le lien direct et essentiel avec le travail. Ce qui est fort difficile, sauf à retrouver tous les « signaux collectifs » connus dans l'entreprise, qui annonçaient un événement généralement imprévisible individuellement même si on sait qu'il touche souvent les travailleurs les plus engagés dans leur travail, mais possible du point de vue collectif. Les entreprises multiplient les obstacles et n'hésitent devant rien pour empêcher qu'une jurisprudence ne se développe pour reconnaître les effets du travail sur la sphère psychique. C'est socialement inacceptable. Mais ce comportement aggrave encore plus la situation de très nombreuses personnes et les enferme dans un statut de victime, dont la quête de justice et de réparation morale les broie dans les méandres et arcanes judiciaires mises en place par une société qui peine à oser nommer une réalité délétère qui touche des milliers de salariés chaque année.

Il y a aujourd'hui un fatalisme à devoir accepter comme inéluctable, les injustices, les souffrances, voire le harcèlement institutionnel du fait du travail. Et nous pourrions croire que nous sommes totalement impuissants. Parce que les marges de manœuvre des entreprises seraient resserrées, parce que la mondialisation s'étend et nous priverait de toute prise. Alors, on nous demande de mieux supporter, de renoncer, de nous conformer, d'instrumentaliser notre propre rapport au monde pour mieux gérer le stress engendré par un travail à la dérive. Nous restons pourtant comptables de nos existen-

ces et trajectoires. Penser à plusieurs, prendre l'avis de pairs, se regrouper pour agir, nous ancre socialement, structure notre rapport aux autres.

Vouloir agir sur le monde relèverait de l'héroïsme quand le médecin du travail est confronté à des contraintes majeures pour les personnes. Je ne le crois pas. La pratique du médecin du travail est fortement influencée par les conditions sociales de sa mise en œuvre. Et c'est aussi dans la confrontation des expériences professionnelles avec celles de confrères, de pairs que nous faisons évoluer notre métier. Partager des valeurs communes, mettre l'homme au centre de nos actions médicales, préserver notre autonomie morale face à l'emprise de gourous et de la communication d'entreprise, permet de mieux appréhender le réel pour y engager notre responsabilité pour agir à notre place.

Les déterminants psychosociaux des organisations du travail déstabilisent fortement le rapport au travail de nombre de salariés. Ce champ d'intervention professionnel devient ainsi incontournable pour les médecins du travail. Dans ce contexte fort difficile, nous sommes aujourd'hui à l'aube d'une clarification de l'objet réglementaire de la médecine du travail. La médecine du travail est un métier au cadre ambigu, écartelé entre une impossible et injustifiable sélection des travailleurs les plus aptes à supporter les contraintes, et un accompagnement médical de chaque salarié pour que chacun puisse recouvrer la santé et son pouvoir d'agir. « L'aptitude sélective » ne peut que disparaître, simplement parce que notre société ne peut plus accepter de projet eugéniste. L'espoir d'un renouveau de cette profession est aujourd'hui permis parce que s'est progressivement construite une façon singulière d'exercer la médecine du travail, en mettant la question du travail au centre d'une pratique médicale compréhensive, d'investigation et de prise en compte.

Médecins spécialistes du travail, les médecins du travail prennent comme grille de lecture, la façon dont les personnes œuvrent et s'engagent dans le travail, ce qu'elles en donnent à comprendre, leur « travailler ». Cette clinique médicale du sujet au travail est déployée par de nombreux médecins du travail. Comme toutes les pratiques médicales praticiennes de première ligne, la consultation clinique en est le soubassement. La partie collective de l'activité du médecin du travail peut ainsi en être nourrie pour la prévention collective. Perdre ce rapport clinique individuel, c'est voir disparaître les fondements de ce métier.

Mais tous les indicateurs sont au rouge quant au renouvellement de cette profession. La seule médecine d'accompagnement médical de travailleurs « réputés non malades » qui ne déploie pas la prescription pharmacologique comme réponse aux maux de notre société, risque de disparaître. Elle est pourtant bien peu pourvoyeuse de dépenses de santé. Bien au contraire ! Certains se demandent pourquoi maintenir une médecine du travail qui n'a pas été assez autonome dans la prise en compte du risque cancérigène et qui tarde à structurer ses capacités d'intervention médicale devant les épidémies de troubles musculo-squelettiques et les psychopatho-

logies professionnelles. Sa disparition programmée se nourrit-elle de sa capacité à « déranger » aujourd'hui, parce qu'elle interroge des organisations du travail trop souvent délétères ? Les évolutions des organisations du travail seraient inéluctables, circulez, il n'y a rien à voir !

Il me semble important de pouvoir tenir un point de vue médical autonome du côté de la santé, non pollué par des considérants économiques. C'est la spécificité de la médecine du travail du fait de son ancrage dans la médecine. Elle peut, à sa place, tenter de limiter ou empêcher les effets sur les hommes de conditions de travail parfois si délétères. Elle permet peut-être de renforcer ainsi l'action des acteurs sociaux pour transformer ce travail. Elle contribue à instruire une réflexion sociale et civique sur ce travail, dont la spécificité française est d'accentuer encore plus les inégalités sociales de santé, d'exclure les travailleurs usés trop tôt du fait d'activités très pénibles. Alors peut-être avons sérieusement besoin de conserver cette médecine originale. Malgré ses véritables lacunes, ses vraies ambiguïtés, au moment où pourrait disparaître enfin une pratique médicale « d'aptitude » vide de sens et de fondement juridique, nous avons besoin de conserver une médecine du travail tournée vers la prévention primaire, d'aide à la compréhension, de recours médical sans médicaliser.

Aujourd'hui émerge enfin, la question de la légitimité des acteurs de la gestion des services médicaux du travail. La subordination morale des médecins du travail, du fait de la gestion majoritaire par les employeurs de ces services médicaux, résulte bien du véritable conflit d'intérêt dans lequel ces derniers se trouvent. Car comment peuvent-ils être res-

pensables des conditions et déterminants du travail dans l'entreprise, et par ailleurs donneurs d'ordre principal d'une organisation médicale dont l'objet même est de mettre le doigt sur ce qu'une majorité d'entreprise ne veulent ou ne peuvent pas nommer ou penser !

Un petit espoir dans cet environnement obscurci, est de voir diffuser lentement, trop lentement, dans d'autres secteurs de la médecine, médecine générale et psychiatrie particulièrement, un début de prise en compte des déterminants du travail sur la maladie et la santé. L'espoir est de voir aussi une plus forte compréhension sociale de l'aspect central des conditions de travail dans le champ syndical et associatif. Ce n'est pas du tout le cas dans le champ politique, ou l'emploi, le contenant qui permet de survivre ou de gagner sa subsistance, est encore confondu avec celui du travail, le contenu de l'emploi, bien peu visible. C'est là que résident les enjeux que nous avons essayé d'explicitier dans cet ouvrage. Tant qu'il semblera incongru que les postures et droits citoyens puissent se déployer au travail, il sera difficile aux hommes et aux femmes, isolés dans leur douleur morale, de penser que la responsabilité de leurs maux n'est pas que fautive, de ne pas être tenté de retourner la violence contre eux-mêmes. Mais, quelle que soient les vicissitudes des organisations du travail, conserver une autonomie morale pour comprendre le rôle d'organisations du travail qui peuvent maltraiter ou broyer, c'est permettre aux personnes d'en guérir, de conduire leur destinée, et aux entreprises, parfois à l'insu de leur plein gré mais dans leur intérêt aussi, d'évoluer. Car il n'y a pas de travail sans contribution au sens plein du terme, des hommes et des femmes.

Dominique HUEZ

ASSOCIATION SMT

– LE BILAN 2008 –

RÉUNIONS TENUES

- Journée de Printemps le 5 avril 2008 :
 - ♦ *Équipes médicales. Contenant et contenu en médecine du travail*
- 29^e Congrès annuel les 13 et 14 décembre 2008 (Paris) :
 - ♦ *Mémoire des risques et des expositions en santé-travail*
 - ♦ *Conservation et transfert des données. Responsabilité des médecins*
 - ♦ *Équipe médicalisée*

PARTICIPATIONS ET ACTIONS

- 30^e Congrès national de médecine et santé au travail de Tours en juin 2008 : forte participation de nos adhérents aux contributions des textes des experts et tenue d'un stand.
- Au sein de l'association E-Pairs, dont l'Ass. SMT est membre fondateur et qui mobilise un certain nombre d'entre-nous dans sa structure, que ce soit au niveau organisationnel ou au niveau des groupes de projets des GAPEP.

PUBLICATIONS

- Le *Cahier S.M.T. N°22* a été tiré à 1 500 exemplaires, novembre 2007 et tirage de 1 500 exemplaires pour le Congrès de Tours.
- Pour la première fois depuis 22 ans, nous n'avons pas publié de *Cahier SMT* en 2008 en raison des délais impartis.
- Communication : le site web a-smt.org, régulièrement consulté.

DÉCISIONS D'ORGANISATION

Il a été procédé le 14 décembre 2008 à l'élection du Bureau et du Conseil d'administration.

Président : Dominique HUEZ (37)

Vice-président(e)s : Alain CARRÉ (75) – Josiane CRÉMON (38) – Annie LOUBET-DEVEAUX (42) – Jocelyne MACHEFER (49) – Nicolas SANDRET (75)

Secrétaire : Alain RANDON (94)

Trésorier : Jean-Noël DUBOIS (2B)

Administrateur du site Web : Denis TEYSSEYRE (86)

Conseil d'Administration : Pierre ABÉCASSIS (21) ; Fabienne BARDOT (49) ; Chantal BERTIN (49) ; Marie-Andrée CADIOT (59) ; Benoît DE LABRUSSE (30) ; Jean-Marie EBER (67) ; Alain GROSSETÊTE (69) ; Michel GUILLAUMOT (52) ; Florence Jegou (49) ; Claire LALLEMAND (37) ; Gérard LUCAS (44) ; Martine MANGIONE (94) ; Brigitte PANGAUD (75) ; Michèle PRÉVOST (79) ; Odile RIQUET (69) ; Gilles SEITZ (75) ; Martine TAVERNIER (06) ; Jean-Louis ZYLBERBERG (75)

ORIENTATIONS 2009

- Publication du *Cahier S.M.T. N°23*
- Journée de Printemps qui s'est tenue le 21 mars 2009 :
 - ♦ *Mémoire des risques et des expositions en Santé/Travail*
 - ♦ *Conservation et transfert des données*
 - ♦ *Responsabilité des médecins*

30^e CONGRÈS ANNUEL

LES 12 ET 13 DÉCEMBRE 2009 À PARIS

(Enclos Rey, 57 rue Violet 75015 Paris)

- ♦ *Règles de métier et Fiche de suivi médical : quelles pratiques ?*
 - ♦ *Accréditation: un piège qui empêche de penser les pratiques professionnelles*
- (Voir page 41 pour les pré-inscriptions)

Alain RANDON

MANIFESTE POUR UNE NOUVELLE POLITIQUE DE GESTION DES SERVICES DE SANTÉ AU TRAVAIL

Les médecins du travail et les autres professionnels de la santé au travail signataires de ce manifeste affirment que l'organisation actuelle des services de santé au travail ne leur permet pas d'assurer leur mission qui consiste à « éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail ».

*La médecine du travail, administrée depuis 60 ans par les employeurs, est dans l'impasse... Depuis 1946, les services de médecine du travail puis de santé au travail sont dirigés par les employeurs. Cette gestion patronale a fait la preuve de son incapacité à conduire des objectifs de prévention primaire pour les salariés au travail. L'affaire de l'amiante est une des illustrations tragiques de la faillite de ce système. Les premières étapes de la réforme mise en place de 2002 à 2004, n'ont pas entraîné d'évolution significative de l'activité des SST, comme l'a constaté le rapport IGAS en 2007. **En réalité, sur le terrain, on est loin, très loin des grandes déclarations de la réforme...** Les directions des services limitent les choix organisationnels à l'apparence du respect d'une réglementation inadéquate et à des prestations de service à court terme pour les entreprises. Les services de santé au travail ne donnent pas les moyens nécessaires et suffisants pour les priorités de santé au travail et de santé publique comme la prévention des cancers professionnels, des troubles musculo-squelettiques, la vigilance particulière auprès des populations les plus fragiles ou les plus exposées (travailleurs précaires, intérimaires, sous-traitants des secteurs à haut risque), le suivi à long terme après les expositions aux cancérogènes, et la préservation de la santé mentale au travail. La logique gestionnaire des services de santé au travail va de pair avec une concurrence « au moins disant » entravant le plus souvent la coopération et l'émulation entre professionnels. **Les employeurs ou leurs associations, sont en conflit d'intérêt majeur** avec les choix organisationnels qui permettraient aux professionnels de santé au travail d'exercer leurs compétences dans l'accompagnement de la santé des salariés. Ces conflits d'intérêt sont incompatibles avec la responsabilité de la gestion des services de santé au travail. En effet, aurait-on idée de confier la responsabilité du fonctionnement des consultations de tabacologie aux producteurs de cigarettes ?*

METTRE EN PLACE UNE ORGANISATION D'INTÉRÊT PUBLIC

Aujourd'hui, les professionnels de santé au travail ont su développer leurs compétences cliniques auprès des hommes et des femmes qui travaillent. Pour les mettre en œuvre, et orienter leur activité vers les objectifs affichés, ils ont besoin d'un changement radical de gestion et d'organisation des structures où ils exercent.

En effet, seule une organisation des services de santé garantissant l'exercice réel d'une mission de santé publique, peut permettre aux médecins du travail et aux équipes pluridisciplinaires de remplir les missions qui leur sont confiées. Cette nouvelle gestion des SST doit associer principalement les représentants des salariés et les services de l'État, ainsi que les représentants des victimes, en lien avec les représentants des professionnels.

Mars 2009

**Initiative soutenue par l'association Santé et Médecine du Travail (SMT)
et le Syndicat National des Professionnels de Santé au Travail (SNPST)**

Pour signer ce Manifeste : <http://www.sante-et-travail.fr/petition-gouvernance-SST>